

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
Departamento de Ciencia Política y de la Administración II



TESIS DOCTORAL

**Discursos sobre inclusión social.
Análisis de la política de salud sexual y reproductiva en Chile
desde una perspectiva de género, (2000-2015)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Javiera Cubillos Almendra

Directora

Emanuela Lombardo

Madrid, 2017



Tesis Doctoral

Discursos sobre inclusión social.

Análisis de la *Política de Salud Sexual y Reproductiva* en Chile desde una perspectiva de género (2000-2015)

**Javiera
Cubillos Almendra**

Directora Emanuela Lombardo



U N I V E R S I D A D
COMPLUTENSE
M A D R I D

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

Departamento de Ciencia Política y Administración II

Tesis Doctoral

**DISCURSOS SOBRE INCLUSIÓN SOCIAL.
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN CHILE DESDE UNA
PERSPECTIVA DE GÉNERO
(2000-2015)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR

Javiera Cubillos Almendra

Bajo la dirección de la Doctora
Emanuela Lombardo

Madrid, 2016



Esta tesis ha sido realizada con una Beca del Programa de Formación de Capital Humano Avanzado de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), dependiente del Ministerio de Educación de Chile, para estudios de doctorado en el extranjero. Convocatoria 2012.

CONICYT BCH/Doctorado Extranjero/2012 - 72130025

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que confluyen en esta tesis. Son muchas las experiencias, las conversaciones, las narraciones, los lugares y los compromisos que convergen en estas líneas. Temo ser ingrata, ya que lo volcado en estas páginas son el fruto de un intenso camino que trasciende los tres años de escritura, pues de alguna manera esta tesis ha intentado esquivar las fronteras. Lo plasmado aquí ha intentado ser un ejercicio consciente y constante de desestabilización, cuestionamiento, diálogo, desapego, tránsito y transmutación. Las condiciones de escritura no siempre fueron fáciles, no siempre fueron alegres, no siempre fueron las óptimas, pero la vida se construye a cada paso. Siempre estás en el momento indicado para concretar, escribir y crear. Por ello agradezco a las personas que han estado allí contribuyendo a que siempre sea el momento oportuno para continuar pensando, reflexionando, discutiendo, escribiendo y creando. Éste ha sido también un espacio de creación y liberación, de inspiración. Un camino hacia mí misma y, desde ahí, un camino de conexión con otras subjetividades.

Como no agradecer a mi núcleo primario de afectos. A Adolfo, Ruth y Milenka, quienes desde la distancia física han apoyado y acompañado cada paso, cada acierto y desacierto, cada palabra. Sin duda han sido quienes han brindado el soporte emocional inquebrantable y necesario para que esté aquí hoy. Ni todo este tránsito vital me alcanzará para agradecer tanto amor ¡Gracias por siempre estar ahí!

Quisiera agradecer a las personas que han apoyado el proceso desde Chile. A mis afectos (amigas, amigos, abuelas, tías, tíos, primas y primos) que han estado allí interesándose por mí y lo que hago. A Teresa López, Patricio Miranda y Gabriela Rubilar por la confianza y el apoyo que me han brindado desde el grado. A Pablo Cottet, del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, quien aceptó retroalimentar y apoyar este proceso durante algunos meses. Y a las personas que han accedido a narrar sus luchas, sus percepciones y sus perspectivas para nutrir estas líneas.

Quisiera agradecer a las personas que han apoyado este proceso en España. A mi directora de tesis, Emanuela Lombardo, quien ha tenido la paciencia de acompañarme estos tres años, de leerme, de animarme y de canalizar mis, en ocasiones, vagas ideas. Emanuela, has sido fundamental para dar forma a las intenciones que no siempre era capaz de justificar teóricamente. También agradecer a María Bustelo, Tània Verge, MariaCaterina La Barbera, Eva Alfama, Marta Cruells, Petra Meier y Susan Franceschet, quienes con sus opiniones y recomendaciones han contribuido a esta tesis. Agradecer a Romana Radlwimmer y Vanesa Encina quienes han alentado, escuchado y retroalimentado

atentamente mis divagaciones. Sin ese constante apoyo hubiese sido más difícil seguir en esto. A Rosario Segura por brindarme su amistad y animarme a continuar. A Carlo Guajardo por las reflexiones conjuntas, por animarme, apoyarme, escucharme y contribuir a creer en esto, a creer en mí. Y a Rosa Lázaro por su apoyo, sus lecturas atentas, su paciencia y sus consejos.

También quisiera agradecer a las personas que han apoyado el proceso en México. A Martha Mendoza Parissi, quien se ha encargado de transmitirme lo mucho que confía en esto, estando atenta a cada paso; y al Programa de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUEG-UNAM), por su acogida y su escucha atenta. Especialmente agradezco a Ivonne Szasz, Ana Amuchástegui y Rodrigo Parrini, quienes accedieron a leer mi proyecto, a retroalimentarlo desde sus saberes particulares, y me animaron a seguir con ello.

Finalmente, sólo me queda agradecer la oportunidad que he tenido de escribir esta tesis siendo beneficiaria de una beca. He sido testigo de las condiciones de precariedad en que muchas personas escriben sus tesis doctorales y/o estudian fuera de los países donde nacieron, y una beca, por mínima que sea, hace la diferencia. Tener cubiertas las necesidades básicas y contar con un respaldo económico hace la diferencia. Estoy consciente de eso. Por ello agradezco que parte del aporte de las/os contribuyentes del país donde me tocó nacer sea destinado para el desarrollo de nuevas investigaciones que busquen aportar a la transformación social.

Como bien dijo Boaventura de Sousa Santos “no hay justicia social sin justicia cognitiva”, para la transformación social es necesario un cambio epistémico. Por esta razón esta tesis también va dedicada a aquellas y aquellos que a pesar de las adversidades logran sacar sus proyectos y creaciones adelante, con el propósito de contribuir a sociedades más justas. A todas aquellas personas que, desde sus lugares particulares, sueñan y luchan por un espacio mejor. Quienes desde la academia, la investigación, el activismo, la trinchera, la autonomía, la institucionalidad, las comunidades y la insurgencia se movilizan por la posibilidad de crear y recrear un mundo donde quepan infinitos mundos. Es por todo esto que ¡sólo me queda agradecer y seguir agradeciendo!

RESUMEN

Esta tesis indaga en la noción de inclusión social que propone la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015) desde una perspectiva de género en articulación con otros ejes de exclusión. La salud sexual y reproductiva en Chile ha sido un ámbito bastante polémico. Si bien Chile fue el primer país latinoamericano en abordar la planificación familiar como asunto público (1967), actualmente es considerado uno de los países más conservadores de la región, entre otras cosas, por contar con una de las legislaciones más punitivas en materia de aborto (1989). Los lentos avances en este ámbito responden a una historia marcada por la dictadura militar (1973-1989), periodo en el que el Estado asume un rol subsidiario y promueve una política pro natalista.

En este escenario, grupos de la sociedad civil –principalmente asociados al movimiento feminista y de mujeres– han exigido al Estado cumplir con los acuerdos internacionales, a partir de la formulación de políticas públicas acorde con los derechos humanos y la igualdad de género. Estas demandas, sin embargo, han sido desestimadas, lo que evidencia un déficit de integración social (Hurtado, Pérez y Dides, 2004). Ésta es la razón principal que justifica el interés de estudiar la propuesta de inclusión social de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, con propósito de conocer los diferentes discursos sobre inclusión sostenidos por actores gubernamentales y de la sociedad civil. La pregunta principal de investigación es por lo tanto la siguiente: *¿Cuál es la noción de inclusión social que propone la política de salud sexual y reproductiva en Chile –en los ámbitos de la educación sexual y de la regulación de la fertilidad– durante el periodo 2000-2015?*

Esta tesis aborda la dimensión ético-normativa de las políticas públicas, que habla del *deber ser* propuesto por éstas: qué asuntos atender, qué fines perseguir y cómo alcanzarlos, quiénes pueden dialogar/decidir sobre estos asuntos y para quiénes se piensan estas intervenciones. La normatividad planteada por las políticas públicas –sobre todo en el ámbito de la sexualidad— no es neutral, sino que está mediada por los discursos naturalizados sobre el género y otros ejes de exclusión (clase social, etnicidad y discapacidad, entre otros). De manera que las políticas de Estado pueden tanto vulnerar como apoyar el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva de las personas; profundizar o revertir las dinámicas de exclusión vigentes.

Para indagar en la dimensión ética y en la noción de inclusión social de la política estudiada, se propone un modelo conceptual inspirado en los debates académicos actuales sobre la inclusión/exclusión social, la ética feminista, la teoría feminista de la

interseccionalidad (acerca de cómo la desigualdad de género interactúa con otras desigualdades) y la sexualidad. El modelo conceptual se sustenta en el análisis de tres elementos: i) el *referente normativo*, que alude a los principios morales que guían la definición de problemas y soluciones en el *policy making* (Bacchi, 1999, 2009; Miranda, 2009); ii) la *visión de sociedad*, que se refiere a la relación entre Estado y sociedad civil que subyace al discurso de la política (Bacchi, 1999; Miranda, 2009); y iii) la *concepción de sujeto*, que apunta a conocer cómo se caracteriza la población objetivo de la política, en términos de interseccionalidad y agencia (Verloo, 2006, 2013; Hancock, 2007; Lugones, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

La hipótesis principal que plantea esta tesis es que la formulación de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015) exhibe una noción de inclusión social que tiende a un ideal normativo de *asimilación*. Esto se debe a que dicha política está orientada por un *referente normativo particularista*, una *visión de sociedad jerárquica* y una *concepción de sujeto estandarizada*.

El modelo conceptual que se propone para el análisis se apoya en el supuesto que las políticas públicas necesitan transitar desde un referente normativo *particularista* a uno *pluriversal*, desde una visión de sociedad *jerárquica* a una *heterárquica*, y una concepción de sujeto *estandarizada* a una *interseccional* para responder satisfactoriamente al desafío de inclusión social. Es decir, las políticas públicas necesitan transitar desde una noción de inclusión social basada en un *ideal normativo de asimilación* a una sustentada en un *ideal normativo pluralista* (Young, 1990/2000).

Esta tesis surge de la inquietud sobre las dinámicas de exclusión/inclusión dadas por el género, para luego pensar cómo las categorías de género se articulan con otros sistemas de opresión que generan situaciones de exclusión más complejas. Para el caso de la salud sexual y reproductiva en Chile, se han priorizado los siguientes ejes de exclusión: género, orientación sexual, etnicidad, clase social, diversidad funcional, edad y ubicación geográfica. De modo que al pensar la interseccionalidad de género para el análisis de la política en cuestión, se piensa en cómo se articulan estos siete ejes.

Objetivos de investigación

Objetivo general: Elaborar un modelo conceptual que permita conocer la noción de inclusión social que propone la política pública de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), desde una perspectiva de género en articulación con otros ejes de exclusión, con el propósito de generar aportes conceptuales para pensar políticas públicas más inclusivas.

Objetivos específicos:

- i) Generar un dispositivo de observación basado en tres ejes –referente normativo, visión de sociedad y concepción de sujeto— que permita analizar la propuesta de inclusión social de las políticas públicas;
- ii) Aplicar el dispositivo de observación a la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), en los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad;
- iii) Problematizar el *referente normativo* de la política pública desde una perspectiva de género en interacción con otros ejes de exclusión;
- iv) Sondear los marcos interpretativos presentes en el discurso de los diversos actores involucrados (estatales y de la sociedad civil), y en documentos de interés sobre los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad en Chile;
- v) Indagar en las dinámicas de interacción entre Estado y sociedad civil, en el proceso de formulación de la política analizada;
- vi) Conocer si existen prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil en el proceso de formulación de la política;
- vii) Conocer cómo se representa la población usuaria, en términos de interseccionalidad y agencia, en el contexto de la política abordada; y
- viii) Dar cuenta de las diferencias y continuidades de los cuatro periodos presidenciales presentes entre los años 2000 y 2015 en Chile, respecto de la política analizada y su propuesta de inclusión social.

Metodología

Con el propósito de indagar en la normatividad y la noción de inclusión social que la política de salud sexual y reproductiva en Chile propone, esta tesis adopta un enfoque discursivo en políticas públicas, que permite analizar las representaciones sociales planteadas por la política estudiada, respecto de los problemas y las soluciones que aborda (Bacchi, 1999, 2009; Ferree, Gamson, Gerhards & Rucht 2002; Verloo, 2007; Bustelo y Lombardo, 2007; Lombardo, Meier & Verloo, 2009). El enfoque discursivo es útil para responder a las preguntas de investigación, que buscan conocer: i) cuáles son los principios morales que guían la definición de problemas y soluciones en el proceso de formulación de la política analizada (*referente normativo*); ii) qué actores, y en base a qué dinámicas de interacción, participan del diálogo político (*visión de sociedad*); y iii) cuál es la concepción de sujeto subyacente al discurso de la política, en términos de interseccionalidad y agencia (*concepción de sujeto*). Para integrar un enfoque discursivo al proceso metodológico y para contestar las preguntas de investigación, se han planteado cuatro elementos:

-
- 1) *Contextualización*: se ha realizado un trazado del proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (*policy process tracing*), que ha ayudado a definir una muestra de 40 textos políticos a analizar y a identificar actores posibles de entrevistar (Collier, 2011);
 - 2) *Análisis documental*: sobre los 40 textos escogidos se ha desarrollado un *análisis crítico de marcos interpretativos* que ha permitido captar cuáles son las diferentes interpretaciones sobre los problemas y las soluciones que plantean los textos (Bustelo y Lombardo, 2007);
 - 3) *Entrevistas*: se han realizado *entrevistas abiertas semi-dirigidas* a 39 personas vinculadas a organismos gubernamentales y de la sociedad civil, que se han interesado en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile. Para la selección de la muestra se han buscado informantes que articulasen en sus discursos uno o más de los ejes de exclusión priorizados (género, orientación sexual, clase social, etnicidad, edad, diversidad funcional y ubicación geográfica); y
 - 4) *Análisis de la información recolectada*: se ha desarrollado un *análisis temático* (análisis de contenido) sobre la información reportada por las entrevistas (Baeza, 2002), y se ha realizado una articulación entre éste y el proporcionado a partir del *análisis crítico de marcos interpretativos*.

Principales hallazgos

La política de salud sexual y reproductiva en Chile desde el 2000 hasta el 2015 ha tendido a una noción de inclusión social sobre lógicas de asimilación. Esto viene dado por tres elementos: *referentes normativos particularistas* que representan la sexualidad casi exclusivamente ligada a la reproducción, bajo argumentos de salud pública y valores tradicionales; *una visión de sociedad jerárquica* que continúa reproduciendo relaciones asimétricas entre actores, al proponer instancias de diálogo entre Estado y sociedad civil poco representativas y escasamente efectivas; y una *concepción de sujeto* que se mueve entre lógicas *estandarizadas y múltiples*, donde no siempre se reconocen los diferentes modos de vivir la sexualidad, la capacidad de agencia de las personas ni cómo las situaciones de exclusión en este ámbito son moldeadas por diversos ejes.

En el contexto de la política, se han identificado cinco marcos interpretativos: i) *Asunto de Salud Pública*, que concatena una perspectiva biomédica y de control de poblaciones para la representación de la sexualidad en el *policy making*; ii) *Formación en valores tradicionales*, que relaciona la sexualidad con los valores de la vida y la familia; iii) *Enfoque pedagógico*, que se centra en la formación en sexualidad, la que debiese permitir el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones; iv) *Derechos sexuales y reproductivos*, que concibe la sexualidad como parte del ejercicio de la ciudadanía y se vincula a las demandas por el derecho a la salud, la autonomía, la igualdad y la no

discriminación; y v) *Autonomía, sexualidad y placer*, que reivindica radicalmente la autonomía del cuerpo, la desvinculación de la sexualidad con la reproducción, y la resignificación del placer.

Los marcos interpretativos de *Salud Pública y Valores Tradicionales* –más próximos a lógicas de asimilación– han primado en el discurso de la política estudiada, a pesar del interés desde la sociedad civil y algunos gobiernos por instalar una perspectiva de derechos humanos (*Enfoque pedagógico y Derechos sexuales y reproductivos*). El marco de *Autonomía, sexualidad y placeres*, además, es el que más ha costado integrar al debate público. De manera que la política analizada está más próxima a *referentes normativos* particularistas que pluriversalistas, es decir, se posiciona más como un espacio de regulación de la sexualidad, que un mecanismo inclusivo que apoye las decisiones de las personas de acuerdo a sus creencias y preferencias particulares.

Si bien se han creado mecanismos de participación vinculados al proceso de formulación de la política estudiada, éstos no siempre han sido efectivos ni han representado la diversidad de los grupos de interés. El *lobby* pareciese ser más eficaz que otros mecanismos de incidencia política. De modo que la *visión de sociedad* sugerida por la política tiende más a dinámicas jerárquicas que heterárquicas.

Se visualiza, finalmente, que la *concepción de sujeto* propuesta por la política analizada se mueve entre lógicas *estandarizadas* (el estereotipo de “mujer-madre” se aplica como norma) y *múltiples* (de considerarse otros grupos sociales no se contemplan sus diferencias internas), sin reparar en la interacción de diferentes ejes de exclusión. Asimismo, la política reproduce un discurso de vulnerabilidad al concebir el sujeto de la política, lo que desconoce su capacidad de agencia y un reconocimiento positivo de la sexualidad y los diferentes grupos sociales.

Conclusiones

El principal objetivo de esta tesis fue generar insumos conceptuales para aportar a la formulación de políticas públicas más inclusivas. En esta línea, se observan contribuciones y limitaciones en términos teóricos y metodológicos. La principal contribución teórica fue la concreción de un modelo analítico que permite explorar las atribuciones de significado de la inclusión social en el discurso de las políticas públicas. Este modelo provee un marco conceptual crítico sobre las nociones hegemónicas de inclusión social, al integrar aportes de la teoría feminista, principalmente el enfoque de la interseccionalidad. El modelo, además, puede apoyar reflexiones teóricas sobre cómo las políticas públicas operan como *circuitos marginales de inclusión social* y cómo el *discurso de la vulnerabilidad* merma la autonomía de los sujetos.

En términos metodológicos, esta tesis conjugó satisfactoriamente un *policy process tracing*, un *análisis crítico de marcos interpretativos* y la realización de *entrevistas semi-dirigidas*, para la aplicación del modelo conceptual. Sin embargo, se reconoce que en futuras investigaciones se podrían diversificar los métodos de recolección de la información y definir muestras proporcionales y más representativas del material a analizar.

Entre las líneas de investigación futura puede mencionarse la aplicación del modelo analítico a otros ámbitos de política y otros contextos sociales; el estudio de la política de salud sexual y reproductiva chilena a nivel local; la generación de investigaciones para conocer cómo viven la sexualidad los grupos sociales donde confluyen diferentes ejes de exclusión; y el estudio del sujeto político que promueven los movimientos sociales en Chile y la capacidad de incidencia que tienen éstos en el *policy making*.

Por último, se destacan las implicaciones políticas de esta tesis para el escenario chileno. Este trabajo contribuye a repensar el enfoque de género en las políticas públicas, al contemplar las interacciones entre el género y otros ejes de desigualdad relevantes para el contexto social y político en Chile. Esta tesis también brinda información sobre las dinámicas de exclusión presentes en el debate público sobre la salud sexual y reproductiva, para que diversos actores examinen sus estrategias de demanda e incidencia política. Asimismo, se evidencia que para concebir políticas públicas más inclusivas, además de la voluntad y coordinación de diferentes actores, es necesaria una reforma constitucional que modifique las dinámicas jerárquicas de interacción entre Estado y sociedad civil en el proceso de las políticas públicas.

Palabras Clave: políticas públicas de igualdad, inclusión social, interseccionalidad, derechos sexuales y reproductivos, Chile.

ABSTRACT

This PhD thesis explores the notion of social inclusion proposed by the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile (2000-2015) from a gender approach articulated with other axes of exclusion. Sexual and reproductive health in Chile has been a controversial area. Although Chile was the first Latin American country to address family planning as a public issue (1967), it is currently considered one of the most conservative countries in the region. This is due, among other things, to the fact that it has one of the most punitive legislation on abortion in Latin America (1989). The slow advances in sexual and reproductive rights are related to a national history marked by a military dictatorship (1973-1989), in which the State played a subsidiary role and promoted a policy aimed at raising the birthrate.

In this scenario, civil society groups –mainly linked to the feminist and women’s movement— have demanded the State to fulfill international agreements through policy making that respects human rights and gender equality. However, these claims have been disregarded, showing a shortfall of social integration (Hurtado, Pérez y Dides, 2004). This is the main reason for studying Chile’s proposal of social inclusion as reflected in the country’s sexual and reproductive health policies from 2000 onwards. The aim is to better understand the different discourses about inclusion supported both by governmental and non-governmental actors. Therefore, the main question of this research is the following: *What it is the notion of social inclusion proposed by the sexual and reproductive health policy in Chile– in the areas of sex education and fertility regulation— between 2000 and 2015?*

This dissertation addresses the ethical-normative dimension of public policies, which refers to what such policies *ought to* propose: what issues to address, which purposes to pursue and how to achieve them, who can discuss/decide about these matters and to whom are interventions targeted. The normativity of public policies –especially concerning sexuality — is not neutral but mediated by naturalized discourses on gender, and other axes of exclusion (social class, ethnicity, sexual orientation, and ability, among others). Thereby, State policies can both undermine and support people’s sexual and reproductive autonomy, by deepening or reversing the current dynamics of exclusion.

To inquire into the ethical dimension and the notion of social inclusion of the analyzed policy, the theoretical framework adopted in this thesis has been inspired by recent academic debates about social inclusion/exclusion, feminist ethics and feminist theory of intersectionality (about how gender inequality interacts with other inequalities) and

sexuality. The proposed conceptual model is based on the observation of three elements: i) *normative referent*: this refers to moral principles that guide the definition of problem and solutions in policy making (Bacchi, 1999, 2009; Miranda, 2009); ii) *vision of society*: this alludes to the relationship between State and civil society that underlie the policy's discourse (Bacchi, 1999; Miranda, 2009); and iii) *conception of subject*: this aims to understand how the policy's target population is portrayed in terms of intersectionality and agency (Verloo, 2006, 2013; Hancock, 2007; Lugones, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

The main hypothesis of this PhD thesis is that the formulation of the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile (2000-2015) reveals a notion of social inclusion that tends toward a normative ideal of *assimilation*. This trend is due to the fact that the policy is guided by a *particularistic normative referent*, a *hierarchical vision of society*, and a *standardized notion of subject*.

The conceptual model proposed for the analysis is based on the assumption that, to successfully respond to the challenge of social inclusion, public policies need to move from a *particularistic normative referent* to a *pluriversalistic*, from a *hierarchical vision of society* to a *heterarchical*, and a *standardized notion of subject* to an *intersectional* one. That is to say, they need to move from a notion of social inclusion based on a *normative ideal of assimilation* to a notion based on a *pluralistic normative ideal* (Young, 1990/2000).

This thesis draws inspiration from gender analyses of the dynamics of exclusion/inclusion that explore how gender categories interact with other systems of oppression that generate more complex exclusion situations. In the case of the Chilean Sexual and Reproductive Health Policy the following seven axes of exclusion have been prioritized: gender, sexual orientation, ethnicity, social class, ability, age, and geographical location. These seven axes are thus taken into account in our analysis of intersectionality of gender in the aforementioned public policy.

Research objectives

General objective: To elaborate a conceptual model that allows an understanding of the notion of social inclusion proposed by the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile (2000-2015), from a gender approach articulated with other axes of exclusion. The aim of this conceptual model is to improve our analyses about the making of more inclusive public policies.

Specific objectives:

- i) To generate an observation device based on three axes —*normative referent*, *vision of society*, and *notion of subject*— which allows for analyzing the proposal of social inclusion in public policies;
- ii) To apply the observation device to the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile (2000-2015) in the areas of sex education and fertility regulation;
- iii) To problematize the normative referent of the public policy from a gender approach in interaction with other axes of exclusion;
- iv) To map the interpretive frameworks present in the discourse of different political actors –both from governmental and non-governmental organizations- and the documents of interest about sexual education and fertility regulation of public policies in Chile;
- v) To inquire into dynamics of interaction between State and civil society in the formulation process of analyzed policy;
- vi) To detect the extent to which there are consultation and participation practices between the State and different political actors of civil society in the formulation process of the studied policy;
- vii) To learn how the target population is represented in the context of the addressed policy, in terms of intersectionality and agency; and
- viii) To inform about differences and continuities in the four presidential terms between the years 2000 and 2015 in Chile, regarding the analyzed policy and its proposal of social inclusion.

Methodology

In order to look into the normativity and the notion of social inclusion proposed by the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile, this PhD thesis adopts a discursive approach to public policies. The latter allows analyzing the policy representations present in texts, or the ways in which problems and solutions are framed (Bacchi, 1999, 2009; Ferree, Gamson, Gerhards & Rucht 2002; Verloo, 2007; Bustelo y Lombardo, 2007; Lombardo, Meier & Verloo, 2009). The discursive approach is useful to answer research questions, seeking to know: i) which moral principles that guide the definition of both problems and solutions in the formulation process of the analyzed policy are (*normative referent*); ii) which actors, and based on what dynamics of interaction, participate in the political dialogue (*vision of society*); and iii) what is the notion of subject underlying the political speech, in terms of intersectionality and agency (*notion of subject*). To integrate a discursive approach to the methodology process and to respond the research questions, four elements were set out:

-
- 1) *Contextualization*: a policy process tracing of the Sexual and Reproductive Health Policy in Chile was carried out, which allowed defining a sample of 40 political texts to analyze and identify possible actors to interview (Collier, 2011);
 - 2) *Document Analysis*: a *critical frame analysis* was conducted on the 40 sampled texts, which allows an understanding of what are the different interpretations of problems and solutions that the texts brought up (Bustelo & Lombardo, 2007);
 - 3) *Interviews*: *semi-structured interviews* were conducted with 39 people related to governmental and non-governmental organizations, who have been interested in the debate about sexual and reproductive health in Chile. The sample selection prioritized informants who articulate one or more axes of exclusion in their discourse (gender, sexual orientation, social class, ethnicity, age, ability, and geographic location); and
 - 4) *Analysis of collected information*: a *content analysis* was carried out, which was based on information reported in the interviews (Baeza, 2002). This information was contrasted with the information provided by the *critical frame analysis*.

Main findings

The Sexual and Reproductive Health Policy in Chile from 2000 to 2015 has tended towards a notion of social inclusion based on a logics of assimilation. This assimilation appears in three elements: *particularistic normative referents*, which represent sexuality almost exclusively linked to reproduction under arguments of public health and traditional values; a *hierarchical vision of society* which keeps reproducing asymmetric relationships between political actors in proposing unrepresentative and poorly effective mechanisms of dialogue between the State and civil society; and a *notion of subject* which moves between *standardized* and *multiple* logics, which do not always recognize different ways of living sexuality, agency, ability, and how the exclusion situations in this field are configured by various axes of exclusion.

In the context of the policy, five interpretive frameworks or policy frames have been identified: i) *Public health issues*, which unites a biomedical perspective as well as a population control approach for the representation of sexuality in policy making; ii) *Education on traditional values*, which links sexuality to pro-life and family values; iii) *Pedagogical approach*, which focuses on sexual education, that should allow for the development of decision-making capacities; iv) *Sexual and reproductive rights*, which conceives sexuality as part of the exercise of citizenship and is linked to the demands for the right to health, autonomy, equality and non-discrimination; and v) *Autonomy, sexuality and pleasure*, which radically claims the autonomy of the body, the separation of sexuality from reproduction, and the resignification of pleasure.

The policy frames of *Public health* and *Traditional values* –closer to logics of assimilation— have prevailed in the discourse of the examined policy, despite the interest from civil society and some governments to set up a human rights perspective (*Pedagogic approach* and *Sexual and reproductive rights*). The *Autonomy, sexuality and pleasure* frame has ended up being the most marginalised in the public debate. Thereby, the studied policy is closer to particularistic normative referents than to pluralistic ones, that is to say, it is more located as an area of sexuality regulation than as an inclusive mechanism which supports people’s decisions according to their beliefs and personal preferences.

Although mechanisms for participation in policy making have been created, these mechanisms have not always been effective or representative of the diversity of the interest groups. The lobby appears to be more effective than other mechanisms of political impact. Hence, the vision of society suggested by the policy tends to have more *hierarchical* dynamics than *heterarchical* ones.

Finally, the *notion of subject* suggested by analyzed policy moves between *standardized* logics (the stereotype of the “woman-mother” is applied as social norm) and *multiple* logics (if other social groups are considered, their inner differences are not taken into account). Moreover, it does so without regarding the interaction of different axes of exclusion. Likewise, the policy reproduces a discourse of vulnerability when considering its subject, which ignores agency and a positive recognition of sexuality and diversity of social groups.

Conclusions

The main objective of this PhD thesis was to generate conceptual inputs to contribute to more inclusive policy making. The thesis offers contributions as well as it shows limitations in both theoretical and methodological terms. The main theoretical input was the elaboration of an analytic model which allows exploring the attributions of meaning about social inclusion in the discourse of public policies. This model provides a critical conceptual framework about hegemonic notions of social inclusion by integrating contributions from feminist theory, especially concerning intersectionality. Furthermore, the model can support theoretical reflections about how public policies operate as *marginal circuits of social inclusion* and how a *discourse of vulnerability* undermines people’s autonomy.

In methodological terms, this PhD thesis successfully combines a *policy process tracing* method, a *critical frame analysis*, and the conduction of *semi-structured interviews* to operationalize the conceptual model. Future research could diversify methods of

collecting information, as well as define proportional and representative samples of material to be analyzed.

Furthermore future research lines may include the following: to apply the analytic model to other policy areas and other social contexts; to study the implementation of the Chilean Sexual and Reproductive Health Policy at a local level; to explore how sexuality is lived in social groups in which different axes of exclusion converge; and to study what political subject do social movements in Chile promote, as well as its advocacy ability in policy making.

Finally, the thesis drew a number of political implications for the Chilean political context. This research contributes to rethinking the gender approach in public policy and to consider the interaction between gender and other inequality axes as relevant to the social and political context in Chile. This PhD research also provides information about the dynamics of exclusion present in public debates about sexual and reproductive health, so that diverse policy actors can upskill their claims and advocacy strategies. Likewise, it appears that to conceive more inclusive public policies, in addition to political will and coordination among different actors, a constitutional reform is necessary, one that modifies hierarchical dynamics of interaction between the State and the civil society in Chilean policy making.

Keywords: public policies, social inclusion, intersectionality, sexual and reproductive rights, Chile.

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	1
ÍNDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES.....	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Introducción	7
1.2 Fundamentación.....	9
1.2.1 ¿Por qué estudiar la política de salud sexual y reproductiva en Chile?.....	9
1.2.2 ¿Por qué indagar en el concepto de inclusión social?	12
1.3 Propósitos de la investigación: Preguntas, hipótesis y objetivos.....	14
1.4 Conceptos y teorías.....	16
1.4.1 Las políticas públicas y su dimensión ética.....	16
1.4.2 El debate sobre la exclusión social	18
1.4.3 La teoría feminista de la interseccionalidad	18
1.4.4 La sexualidad como campo de disputa discursiva.....	20
1.4.5 La propuesta de un modelo conceptual de análisis	21
1.5 Metodología.....	25
1.5.1 Trazado del proceso político	28
1.5.2 Análisis documental: un análisis crítico de marcos interpretativos.....	30
1.5.3 Entrevistas	32
1.6 Estructura de la tesis	41
CAPÍTULO II: EL DEBATE SOBRE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SEXUALIDAD.....	43
2.1 Introducción.....	43
2.2 La importancia de estudiar la dimensión ética de las políticas públicas	44
2.3 El debate sobre inclusión/exclusión social	46
2.3.1 La expansión del concepto de exclusión social y sus controversias	47
2.3.2 Algunos consensos sobre el concepto de exclusión social	48
2.3.3 Inclusión/exclusión social: una conceptualización útil para las políticas públicas.....	50
2.4 Contribuciones feministas para el estudio de la inclusión social en las políticas públicas.....	51
2.4.1 Aportes feministas a los debates éticos y su crítica a las teorías universalistas	52

2.4.2 Contribuciones feministas para (re)pensar el discurso de las políticas públicas	55
2.4.3 El Estado como una institución moderno/colonial	67
2.5 El discurso de la sexualidad en las políticas públicas	74
2.5.1 Sexualidad como ideal regulatorio	74
2.5.2 La sexualidad como campo en disputa	81
2.6 La propuesta de un modelo conceptual de análisis.....	89
2.6.1 Los elementos que componen el modelo.....	90
2.6.2 Los ejes de exclusión priorizados	95
2.7 Conclusiones.....	98

CAPÍTULO III: HISTORIA Y ACTORES DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE (2000-2015)101

3.1 Introducción.....	101
3.2 Los principales actores de la política de salud sexual y reproductiva en Chile..	102
3.2.1 Organismos internacionales.....	102
3.2.2 Organismos gubernamentales	104
3.2.3 Organismos de la sociedad civil	112
3.3 Los principales hitos de la política (2000-2015)	116
3.3.1 El gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006)	117
3.3.2 El primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010).....	125
3.3.3 El gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014)	133
3.3.4 El segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014-2015)	140
3.4 Conclusiones.....	144

CAPÍTULO IV: LOS MARCOS INTERPRETATIVOS DETECTADOS EN LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2000-2015).....147

4.1 Introducción.....	147
4.2 Marco interpretativo N°1: Asunto de salud pública	148
4.2.1 El problema: la salud reproductiva	149
4.2.2 La solución: garantizar la salud reproductiva.....	150
4.2.3 Actores llamados a la acción: el Estado y la comunidad médica	152
4.2.4 Sub-marco: Salud sexual y reproductiva en poblaciones vulnerables.....	152
4.2.5 La propuesta de inclusión social del primer marco interpretativo	153
4.3 Marco Interpretativo N°2: Formación en valores tradicionales	154
4.3.1 El problema: la desvinculación de la sexualidad de los valores tradicionales	155
4.3.2 La solución: la formación en valores tradicionales	157

4.3.3 Actores llamados a la acción: las familias y organismos privados.....	157
4.3.4 Sub-marco: El derecho a la vida y el derecho preferencial de los padres ...	158
4.3.5 La propuesta de inclusión social del segundo marco interpretativo.....	159
4.4 Marco Interpretativo N°3: Enfoque pedagógico	160
4.4.1 El problema: la necesidad de una “formación para la vida”.....	161
4.4.2 La solución: Educar para decidir autónomamente	162
4.4.3 Actores llamados a la acción: La comunidad educativa.....	164
4.4.4 La propuesta de inclusión social del tercer marco interpretativo	165
4.5 Marco interpretativo N°4: Derechos sexuales y reproductivos	166
4.5.1 El problema: El Estado no garantiza los DDSSRR	168
4.5.2 La solución: garantía de los DDSSRR por parte del Estado	169
4.5.3 Actores llamados a la acción: El Estado y diferentes actores.....	170
4.5.4 La propuesta de inclusión social del cuarto marco interpretativo	172
4.6 Marco interpretativo N°5: Autonomía, sexualidad y placer.....	173
4.6.1 El problema: el Estado como obstáculo para el ejercicio de autonomía	174
4.6.2 La solución: la micropolítica, la infiltración y la solidaridad entre mujeres	176
4.6.3 Actores llamados a la acción: La importancia de los actores locales	178
4.6.4 La propuesta de inclusión social del quinto marco interpretativo	178
4.7 Conclusiones.....	180

CAPÍTULO V: LA PROPUESTA DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE (2000-2015).....183

5.1 Introducción.....	183
5.2 Los referentes normativos: el predominio de lógicas particularistas	184
5.2.1 Marcos interpretativos predominantes y sus fricciones.....	184
5.2.2 Los marcos interpretativos marginados.....	188
5.2.3 La percepción de un <i>doble discurso</i>	190
5.3 La visión de sociedad: una propuesta que perpetúa la jerarquía	197
5.3.1 Participación como recurso retórico	197
5.4 La concepción de sujeto: entre “lo estandarizado” y “lo múltiple”	208
5.4.1 La población prioritaria: mujeres, jóvenes y adolescentes de escasos recursos	209
5.4.2 Sujetos invisibilizados	211
5.4.3 ¿Es posible pensar un sujeto interseccional?	220
5.5 Conclusiones.....	229

CAPÍTULO VI: CONTINUIDADES Y RUPTURAS: EL PROCESO DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A TRAVÉS DE CUATRO GOBIERNOS231

6.1 Introducción.....	231
6.2 Énfasis y prioridades de cada gobierno	231
6.2.1 Ricardo Lagos (2000-2006): la importancia de la participación ciudadana	231
6.2.2 Michelle Bachelet (2006-2010): la prioridad de la igualdad de género	233
6.2.3 Sebastián Piñera (2010-2014): el fomento de la maternidad.....	235
6.2.4 Michelle Bachelet 2.0 (2014-2015): los derechos sexuales y reproductivos	237
6.3 Percepción de continuidades	239
6.3.1. La escasa voluntad política y la oposición de actores conservadores	239
6.3.2 La percepción de avances y retrocesos.....	241
6.3.3 Trabas a nivel constitucional: la necesidad de una reforma a la Constitución	243
6.4 Conclusiones.....	246

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....249

7.1 Introducción.....	249
7.2 Revisión de las preguntas, las hipótesis y los objetivos de investigación	251
7.3 Contribuciones y limitaciones teóricas.....	256
7.4 Contribuciones y limitaciones metodológicas.....	263
7.5 Líneas de investigación futuras e implicaciones para la práctica política.....	266
7.6 Conclusiones.....	270

BIBLIOGRAFÍA273

ANEXOS291

Anexo N°1: Cuadro Síntesis: Vinculación entre las preguntas de investigación y los tres elementos del modelo conceptual de análisis	293
Anexo N°2: Adaptación de la Pauta y las Preguntas Guía para el Análisis Crítico de Marcos Interpretativos.....	295
Anexo N°3: Cuadro Síntesis: Vinculación entre los tres elementos del modelo conceptual y la pauta de preguntas guía	299
Anexo N°4: Selección de documentos analizados	303
Anexo N°5: Guión de Entrevista.....	310
Anexo N°6: Caracterización de las personas entrevistadas.....	317

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC: Asamblea Constituyente (Chile)

AE: Anticoncepción de Emergencia.

AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional.

AFLD: Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (Chile).

ANAMURI: Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas (Chile).

APROFA: Asociación Chilena de Protección a la Familia (Chile).

ATE: Asistencia Técnica Educativa.

BM: Banco Mundial.

CEAAM: Centro Especializado de Apoyo y Atención a la Maternidad (Chile).

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CEDEM: Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer (Chile).

CEM: Centro de Estudios de la Mujer.

CEMERA: Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CEP-Chile: Centro de Estudios Públicos (Chile).

CESI: Curso de Educación Sexual Integral, Dr. Ricardo Capponi.

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

CIEG: Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile.

CIMUNIDIS: Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (Chile).

CONADI: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

CONES: Coordinación Nacional de Estudiantes Secundarios (Chile).

CORSAPS: Corporación de Salud y Políticas Sociales (Chile).

CPEIP: Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigación Pedagógica. Ministerio de Educación, Chile.

CUDS: Colectivo Universitario de Disidencia Sexual (Chile).

DC: Partido Demócrata Cristiano (Chile).

DDSSRR: Derechos Sexuales y Reproductivos.

DIPRES: Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda, Chile.

DIU: Dispositivos Intrauterinos.

EPES: Fundación de Educación Popular en Salud (Chile).

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

FCI: Family Care International.

FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

FMI: Fondo Monetario Internacional.

FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad (actual SENADIS).

FONASA: Fondo Nacional de Salud. Ministerio de Salud, Chile.

ICMER: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (Chile).

IGLHRC: International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Chile.

INJUV: Instituto Nacional de la Juventud. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

ISFEM: Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (Chile).

ISP: Instituto de Salud Pública. Ministerio de Salud, Chile.

JOCAS: Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad.

JUNAEB: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca. Ministerio de Educación, Chile

JUNJI: Junta Nacional de Jardines Infantiles. Ministerio de Educación, Chile

LGE: Ley General de Educación (Chile).

LOCE: Ley Orgánica de Educación (Chile).

MAGEEQ: Mainstreaming Gender Equality in Europe (Unión Europea).

MAS: Partido Movimiento Amplio Social (Chile).

MDS: Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.

MEMCH: Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (Chile).

MILES-Chile: Movimiento por la Interrupción del Embarazo (Chile).

MINEDUC: Ministerio de Educación. Gobierno de Chile.

MINSAL: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.

MOVILH: Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Chile).

MUMS: Movimiento por la Diversidad Sexual (Chile).

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.

OIJ: Organización Iberoamericana de Juventud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OTD: Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (Chile).

PAS: Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad. Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián (Chile).

PASA: Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

PC: Partido Comunista de Chile.

PIO: Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres.

PLANESA: Programa de Planificación de Educación en Sexualidad y Afectividad.

PMG: Programa de Mejoramiento de la Gestión.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PPD: Partido por la Democracia (Chile).

PRODEMU: Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer (Chile).

PRSD: Partido Radical Social Demócrata (Chile).

PS: Partido Socialista (Chile).

PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile.

PVP: Población Vulnerable Prioritaria.

QUING: Quality in Gender + Equality Policies Project (Unión Europea).

RN: Partido Renovación Nacional (Chile).

SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

SENAME: Servicio Nacional de Menores. Ministerio de Justicia, Chile.

SEP: Ley de Subvención Escolar Preferencia (Chile).

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial. Gobierno de Chile.

SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

SNS: Sistema Nacional de Salud (Chile).

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (Chile).

SOL: Solidaridad y Organización Local (Chile).

SUBDERE: Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Chile.

TC: Tribunal Constitucional.

UDI: Partido Unión Demócrata Independiente (Chile).

UDP: Universidad Diego Portales (Chile).

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

VPH: Virus de Papiloma Humano.

ÍNDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES

Índice de cuadros

Cuadro 1: Síntesis del proceso metodológico	27
Cuadro 2: Síntesis marco interpretativo N°1: Asunto de salud pública	149
Cuadro 3: Síntesis marco interpretativo N°2: Formación en valores tradicionales.....	155
Cuadro 4: Síntesis marco interpretativo N°3: Enfoque pedagógico.....	161
Cuadro 5: Síntesis marco interpretativo N°4: Derechos sexuales y reproductivos	167
Cuadro 6: Síntesis marco interpretativo N°5: Autonomía, sexualidad y placer.....	174
Cuadro 7: La noción de inclusión social propuesta por cada marco interpretativo.....	179

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: El modelo conceptual de análisis	93
Ilustración 2: Los cinco marcos interpretativos y sus propuestas de inclusión social..	180

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Esta tesis indaga en la noción de inclusión social propuesta por la política de salud sexual y reproductiva en Chile —en los ámbitos de la regulación de la fertilidad y la educación sexual, entre los años 2000 y 2015—, desde una perspectiva de género en articulación con otros ejes de exclusión. Los debates sobre exclusión e inclusión social han reconocido que las políticas públicas tienen un rol relevante en estos aspectos, pues éstas pueden (re)producir y/o transformar las dinámicas, estructuras y discursos que relegan a ciertos sujetos o grupos a los márgenes de la sociedad. La sexualidad y la reproducción, por su parte, han detonado diversas discusiones en la esfera pública, por ser ámbitos donde se infligen múltiples violencias dadas por las desigualdades de género.

Aunque se sostenga que la sexualidad es un asunto privado, ésta está mediada socialmente, por lo que existen instituciones y discursos que pueden vulnerar y/o apoyar la autonomía sexual y reproductiva de las personas. El Estado (como otras instituciones y otros actores políticos) puede tanto contrarrestar como reforzar las violencias perpetradas en este ámbito, a partir de las iniciativas que promueva y aplique. En este sentido, las políticas públicas no son neutrales. Éstas explícita o implícitamente expresan una normatividad (sistemas de valores y representaciones específicas sobre la sociedad, la sexualidad y los sujetos de la política) que está influida por los discursos sobre el género y otros ejes de exclusión naturalizados (como la clase social, la etnicidad, la orientación sexual y la discapacidad, entre otros). De esta manera, las políticas públicas proponen una concepción de inclusión social particular que, aunque no siempre evidente, puede observarse en su discurso y en los bienes y servicios que éstas promueven y/o niegan a la población.

El abordaje de la sexualidad y la reproducción en el ámbito de las políticas públicas ha recibido diferentes apelativos, como control de la natalidad, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, y derechos sexuales y reproductivos. En el contexto de esta tesis, se habla de *salud sexual y reproductiva* por ser uno de los conceptos más utilizados a nivel internacional y en el debate en Chile. Este ámbito de política es amplio y alude a diferentes aspectos, por ejemplo, a la violencia de género, la maternidad, la regulación de la fertilidad y la educación sexual, entre otros. Para el desarrollo de esta tesis, se han priorizado los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad, por ser dos de los campos más polémicos en Chile en los últimos años.

La política de salud sexual y reproductiva es un tema de interés para mí desde el año 2007. Frente a las demandas del movimiento feminista, comencé a tomar consciencia de cómo las mujeres estábamos restringidas por las políticas públicas vigentes en Chile, como por aquella que penaliza el aborto en todas sus formas. Paulatinamente me fui acercando a los estudios de género y a los debates feministas sobre ética y política, descubriendo las complejas urdimbres que moldeaban las situaciones de exclusión que vivimos las mujeres. Conjuguar el análisis de políticas públicas con la teoría feminista y, especialmente, la teoría feminista de la interseccionalidad¹, me ha permitido no sólo complejizar el análisis de la realidad social y política, sino iluminar aquellos espacios de exclusión donde no solemos poner atención. En estos espacios se hallan aquellos grupos y sujetos, en los cuales confluyen diversas categorías sociales que acentúan las situaciones de marginalidad.

En Chile han existido estudios sobre la situación de los llamados derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR), que han evidenciado los vacíos existentes en términos de legislación, garantía de derechos y prestación de bienes y servicios (Dides, Márquez, Guajardo y Casas, 2007; Dides, Morán, Benavente y Guajardo, 2008a; Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009; Dides, Nicholls, Bozo y Fernández, 2013). A nivel nacional, además, ha habido investigaciones que han abordado la dimensión ético-normativa de las políticas públicas (Miranda, 2009), pero ambas preocupaciones no suelen articularse. El análisis de políticas públicas, que se ha interesado por la dimensión ética, no siempre parte desde una perspectiva de género, ya que ha tendido a referirse a un sujeto y a normas neutrales que obvian las relaciones sociales generizadas.

Esta tesis surge del interés por conocer la normatividad que propone la política de salud sexual y reproductiva en Chile, teniendo en cuenta la falsa neutralidad del sujeto —en relación a su género y otros ejes de exclusión— que suele primar en el *policy making*. Con esta finalidad, se integran las contribuciones feministas, sobre teorías éticas e interseccionalidad, al estudio de las políticas públicas (Young, 1990/2000; Hill Collins, 1990/2000; Camps, 1990; Benhabib, 1990, 1992; Carosio, 2007; Hancock, 2007; Lombardo y Verloo, 2010; Lugones, 2012). Estos aportes abogan por la visibilización de un *sujeto situado*, que no puede ser sustraído de las relaciones sociales que moldean sus circunstancias particulares y sus situaciones de exclusión.

¹ La teoría feminista de la interseccionalidad pone en evidencia que las situaciones de exclusión de sujetos y grupos sociales responden a una matriz articulada de poder. Para mayor información sobre el concepto ver la sección 1.4.3 y 2.4.2.2.

Este capítulo introductorio expone los principales elementos de esta tesis, a partir de cinco apartados. El primero fundamenta por qué interesa estudiar la política de salud sexual y reproductiva en Chile y su noción de inclusión social. La segunda sección detalla las preguntas, las hipótesis y los objetivos de investigación. El tercer apartado presenta los conceptos y la teoría que sustentan esta tesis y el modelo de análisis propuesto por ésta. Posteriormente, se describen los principales aspectos de la metodología utilizada y, finalmente, se describe la estructura general de la tesis.

1.2 Fundamentación

Esta sección argumenta el interés de indagar en el concepto de inclusión social propuesto por la política de salud sexual y reproductiva en Chile. El apartado se divide en dos partes: la primera muestra por qué el ámbito de la sexualidad y la reproducción es un asunto pendiente a nivel nacional y sugerente de investigar; y la segunda discute por qué la noción de inclusión social es interesante de estudiar en el campo de las políticas públicas y en el contexto chileno.

1.2.1 ¿Por qué estudiar la política de salud sexual y reproductiva en Chile?

Las razones por las que interesa estudiar la política de salud sexual y reproductiva chilena son principalmente cuatro: i) en Chile no existe una política pública que aborde la especificidad de la sexualidad y la reproducción; ii) si bien se han experimentado algunos avances en la materia, éstos han sido lentos dada las constantes presiones ejercidas desde sectores conservadores² al interior y fuera del Estado; iii) las iniciativas gubernamentales chilenas en estos ámbitos no siempre han sido capaces de responder a las demandas y necesidades de la población, lo que evidencia un déficit de integración; y iv) las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, en términos generales y para el caso de Chile, han tendido a reproducir modelos de regulación que naturalizan relaciones sociales desiguales, principalmente, por razón de género.

En el contexto de la tesis, se entiende por *política de salud sexual y reproductiva* todas aquellas acciones (e inacciones) gubernamentales que abordan el campo de la sexualidad y la reproducción, incluidas aquellas que exceden el ámbito sanitario. No obstante, actualmente en Chile no existe una política pública que aborde la especificidad de la sexualidad y la reproducción. Más que una política coherente en esta materia, han existido iniciativas escasamente articuladas que han establecido algunos componentes de política pública³, pero no abordan integralmente los derechos reconocidos como fundamentales

² Los sectores conservadores son aquellos que han promovido que la acción del Estado sea coherente con los valores tradicionales (por ejemplo, los valores de la vida y la familia).

³ Por ejemplo, las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007) y la Ley N°20.418 (2010).

en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009; ICMER, 2010).

Entre las dificultades para avanzar en la garantía de los DDSSRR, se encuentra la amplia influencia que han tenido los discursos sostenidos por actores conservadores en el debate público en Chile, la que se intensificó luego de la dictadura militar llevada por Augusto Pinochet (1973-1989). Si bien Chile fue el primer país latinoamericano en abordar la planificación familiar, durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-1970), este trabajo se ve interrumpido por la dictadura militar que cambia el énfasis de las iniciativas de gobierno mantenidas hasta entonces, implantando un modelo de sociedad ultraconservador y de corte neoliberal. Con ello el Estado toma un rol subsidiario, se asume una política pro natalista y las demandas por anticoncepción, por ejemplo, quedan desatendidas. Frente a este panorama, la sociedad civil comienza a tener un rol fundamental en la provisión de alternativas, pues algunas organizaciones (de salud, feministas y de mujeres) han cubierto muchos de los vacíos de las políticas gubernamentales.

Con la restitución de un régimen democrático, en los años 90, se buscó reformar la acción del Estado. A partir de las presiones generadas desde la sociedad civil y algunos organismos internacionales, el Estado intentó avanzar en la garantía de derechos a toda la ciudadanía y cumplir con los acuerdos establecidos por el Derecho Internacional. Esta intención se acrecentó a partir del año 2000, cuando Ricardo Lagos (2000-2006) asume la presidencia y se hace explícito un discurso de equidad y garantías universales en las políticas públicas, incluido un enfoque de género. Esta línea programática es seguida e intensificada por Michelle Bachelet –tanto en su primer periodo presidencial (2006-2010) como a inicios del segundo (2014-2018) —, quien ha mostrado interés por avanzar en materia de derechos humanos, incluido los DDSSRR, y en términos de igualdad de género.

En los últimos años, Chile ha experimentado notables mejoras en los niveles de justicia social, que aluden a avances en institucionalidad democrática y cambios culturales a partir de nuevas libertades (Hurtado, Pérez y Dides, 2004). Chile fue el primer país sudamericano en elegir una mujer presidenta (2005) y recientemente ha aprobado la unión civil entre personas del mismo sexo (2015). Si bien estos sucesos dan cuenta de una sociedad pluralista, Chile es considerado uno de los países más conservadores de Latinoamérica⁴ y hay razones para aseverarlo. Chile, por ejemplo, fue uno de los últimos

⁴ Molina, Paula (2015, 2 de diciembre). “¿Es Chile el país más conservador de América Latina?” *BBC Mundo*. Recuperado de

países de la región en integrar el divorcio a su legislación (2004) y desde 1989 se penaliza el aborto en toda circunstancia. Han existido, además, múltiples oposiciones —desde grupos conservadores al interior y fuera del Estado— ante modificaciones legislativas y de implementación, que permitan incluir programas de educación sexual en el currículum escolar y garantizar la distribución gratuita y universal de la anticoncepción de emergencia (AE) en el sistema público de salud (Jacobs, 2004; Dides, 2004; Hurtado, Pérez y Dides, 2004; Dides, *et al.*, 2007; Guzmán & Seibert, 2010; Dides, *et al.*, 2013). A pesar de ciertos avances, Chile exhibe un marcado conservadurismo en su legislación y sus políticas públicas, lo que no sólo limita las libertades individuales, sino también da cuenta de un déficit de integración, al no incorporar las demandas y necesidades de los diferentes grupos sociales (Hurtado, Pérez y Dides, 2004:75-76).

Por otro lado, interesa abordar las iniciativas de Estado sobre salud sexual y reproductiva, porque son parte de las estructuras sociales que competen a la *organización de la intimidad*, es decir, a “las normas y valores, instituciones y organizaciones sociales que regulan la sexualidad, la reproducción, la vida privada y las relaciones con los/as niños/as” (Bustelo y Lombardo, 2005:19). Estas estructuras sociales, al basarse principalmente sobre posiciones que manifiestan determinismos biologicistas y moralidades tradicionales, albergan mayores desigualdades respecto del género, debido a que las mujeres tienden a ser reducidas, en dichas medidas, a su función procreativa.

Las intervenciones gubernamentales, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, tienden a reproducir más explícitamente un sesgo patriarcal y otras desigualdades naturalizadas, por ejemplo, vinculadas a la raza/etnicidad, la diversidad funcional, la clase social y la edad (Bustelo y Lombardo, 2005; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; De Zordo, 2006, 2012; Viveros, 2002, 2008). Esta situación sería patente sobre todo en sociedades conservadoras como la chilena, donde se han reportado lentos avances desde el periodo dictatorial, y donde todavía parecen existir modelos de regulación de la sexualidad y la reproducción que imponen determinados discursos, con la finalidad de normar las relaciones de clases social, género y etnia, entre otras (Hurtado, Pérez y Dides, 2004:76). Por estas razones interesa el caso de Chile, por ser un escenario sociopolítico donde, a pesar de que se han experimentado avances en términos de justicia social y se reconocen los derechos fundamentales como bien superior, aún existen vacíos que parecen infranqueables para garantizar los DDSSRR.

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/12/151201_chile_conservador_crz?SThisFB%3FSThisFB (último acceso el 15 de diciembre 2015).

1.2.2 ¿Por qué indagar en el concepto de inclusión social?

El interés por estudiar el concepto de inclusión social propuesto por la política de salud sexual y reproductiva en Chile radica, principalmente, en dos aspectos: i) la evidencia de que en Chile han existido limitaciones para incorporar las demandas y las necesidades de ciertos actores políticos; y ii) la escasa claridad sobre el planteamiento de inclusión social expresado en los discursos políticos de cada gobierno.

En Chile han existido limitaciones para integrar las necesidades y demandas de la población a las iniciativas de Estado sobre salud sexual y reproductiva. A pesar de existir actores políticos (movimiento feminista, organizaciones académicas y ONGs) que proponen modificaciones para avanzar en la garantía de los DDSSRR, las respuestas gubernamentales continúan siendo insuficientes y visibilizan un déficit de integración (Hurtado, Pérez y Dides, 2004). Esto sucede mientras los gobiernos —principalmente desde el año 2000— hacen constantes referencias sobre su intención de avanzar en términos de inclusión social, pero no es claro a qué inclusión se alude.

Como afirman algunas/os autoras/es, las nociones de inclusión y exclusión social son de uso común en el discurso público a nivel internacional, pero su conceptualización es difusa (Murard, 2002; Estivill, 2003; Silver, 2007; Béland, 2007; Rojas, 2012). Como afirma Hilary Silver, el término exclusión social es “vago, ambiguo y disputado en cuanto a su contenido, permitiendo así su aplicación acomodadiza y flexible en contextos muy variados” (2007:18). Por su parte, Jordi Estivill (2003) plantea que, en la Unión Europea, el tránsito de la noción de pobreza a la de exclusión social ha guardado una intención política, pues esta última es tolerada por diferentes sectores político-ideológicos, al esquivar el complejo debate sobre la (re)distribución de la riqueza. Este discurso se ha relacionado con la expansión de la ideología neoliberal y una cultura individualista, lo que despolitiza la discusión al desvincular la exclusión social de las estructuras de desigualdad que proponen las sociedades actuales. Esto hace de la exclusión social, y por lo tanto de la inclusión, no sólo un término disputado conceptualmente, sino también políticamente.

Desde un enfoque discursivo en políticas públicas, puede afirmarse que las nociones de inclusión y exclusión social albergan múltiples significados en el contexto del *policy making*, que sientan sus raíces en distintas concepciones históricas (Bacchi, 1999, 2009; Lombardo, Meier & Verloo, 2009, 2013). Las conceptualizaciones pueden ir de nociones reducidas (*shrunk*), por ejemplo, cuando la inclusión social se concibe en términos estrictamente legales; hasta otras más ampliadas (*stretched*), que permiten incorporar nuevos significados, por ejemplo, cuando la inclusión social o el enfoque de género

concibe la interacción de diversos ejes de exclusión (Lombardo, Meier & Verloo, 2013:660).

Las representaciones de inclusión social, además, pueden evidenciar ciertas dinámicas de poder discursivo, de algunos actores políticos sobre otros, que permite que algunas concepciones prevalezcan y otras sean ignoradas (Bacchi, 1999). En Europa, por ejemplo, se afirma que el término de exclusión social ha sido útil para excluir otras posibilidades discursivas en el debate público, como aquellas que apelan a la transformación del *status quo* (Estivill, 2003; Levitas, 2005; Béland, 2007; Mathieson, Popay, Enoch, Escorel, Hernández, Johnston & Rispel, 2008; Jones, 2011/2013). Por ello, en el marco de esta tesis, interesa explorar los procesos de atribución de significados sobre inclusión social presentes en la política pública analizada, pues la inclusión social es un concepto citado reiteradamente, pero muchas veces parece diluirse en términos sustantivos al no ser definido explícitamente.

En sociedades occidentalizadas, como la chilena, parece imperar un discurso de inclusión social bajo *lógicas de asimilación* (Young, 1990/2000) y, principalmente, como recurso retórico. Las dinámicas de inclusión y exclusión parecen estar condicionadas al “deshacerse” de determinadas categorías de subordinación (Tzul-Tzul, 2008). El indígena en Latinoamérica, por ejemplo, sólo puede aspirar a ser reconocido como ciudadano por parte del Estado, si deja de “ser indígena” (su vestimenta, su idioma, su cosmovisión, etc.); o, en el ámbito político institucional, muchas veces las mujeres deben renunciar a su “feminidad”⁵ para ser reconocidas como interlocutoras válidas, lo que implica internalizar pautas asumidas como “masculinas” para abrirse paso en el espacio público.

El discurso de la inclusión social ha intentado instalarse a nivel global al amparo del enfoque de Derechos Humanos, pero al ser un concepto ambiguo, o que no ha sido explicitado en el contexto de las políticas públicas, es difícil saber a quiénes apunta, qué situaciones sociales se visualizan como problemáticas y cómo éstas buscan ser resueltas. Por esta razón, se indaga en el concepto de inclusión social que plantea la política de salud sexual y reproductiva en Chile. No interesa reforzar la idea de inclusión social que ha imperado en Occidente, que tiende a dejar intacto el sistema de categorías que proponen un ordenamiento social jerárquico, bajo un discurso de universalidad e imparcialidad. Se problematiza esta apuesta a la luz de los postulados de la teoría feminista, que han sido

⁵ Se opta por entrecomillar algunas categorías (“femenino”, “masculino”, “raza”, “occidental”, “género”, y “Tercer Mundo”, entre otras), con el propósito de destacar que son construcciones sociales naturalizadas que deben ser cuestionadas, pues reproducen implícitamente dinámicas de exclusión.

críticos del pensamiento *moderno/colonial*⁶, ya que pueden desprenderse aportes significativos para el estudio de las políticas públicas.

1.3 Propósitos de la investigación: Preguntas, hipótesis y objetivos

Esta tesis plantea la siguiente pregunta principal de investigación: ¿Cuál es la noción de inclusión social que propone la política de salud sexual y reproductiva en Chile —en los ámbitos de la educación sexual y de la regulación de la fertilidad— durante el periodo 2000-2015? Al amparo de ésta, se han definido las siguientes preguntas específicas que intentan delimitar con mayor precisión el foco de este estudio (Anexo N°1):

- i) ¿Cuál/es es/son el/los *referente/s normativo/s*⁷ que orienta/n la formulación de la política analizada?
- ii) ¿En qué medida el/los *referente/s normativo/s* hallado/s apunta/n a la inclusión de sujetos y normatividades diversas?
- iii) ¿Cuál es la *visión de sociedad*⁸ que subyace al proceso de formulación de la política abordada?
- iv) ¿En qué medida se incorporan prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil en el proceso de formulación de la política estudiada?
- v) ¿Cuál es la *concepción de sujeto*⁹ que presupone la formulación de la política analizada?
- vi) ¿En qué medida y de qué manera se ha integrado un enfoque de interseccionalidad del género con otros ejes de exclusión¹⁰ en el *policy making*?

Ante estas preguntas, se propone una hipótesis principal que afirma que la formulación de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015) exhibe una noción de

⁶ Se usa el concepto *moderno/colonial* para destacar, como lo manifiestan diversas/os teóricas/os decoloniales, que no existe la Modernidad sin la Colonialidad. La instalación de colonias europeas en el llamado “Tercer Mundo”, por ejemplo, no sólo implicó una invasión territorial, el sometimiento de sus poblaciones y la anexión de territorio (Colonialismo), sino una imposición cultural y epistémica que instala un modo particular de comprensión de la realidad y un ordenamiento social asumido como universal (Colonialidad). La *Colonialidad*, entonces, no alude a un periodo histórico pasado, sino un proceso fundamental del proyecto moderno aún vigente, que impone una determina “concepción del mundo” que subordina otras posibles (Mignolo, 2000/2003; Quijano, 2000; Castro-Gómez, 2000; Maldonado-Torres, 2007; Grosfoguel, 2008; Lugones, 2008; Mendoza, 2010; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014).

⁷ El *referente normativo* alude al conjunto de creencias, principios y valores morales que definen el *deber ser* desde donde se determina, en una política pública, qué es un problema y qué fines debe perseguir la acción pública (Miranda, 2009). Para mayor información ver la sección 1.4.5.

⁸ La *visión de sociedad* se refiere a la representación de sociedad que subyace a la política pública y, desde ahí, cómo se piensa el cambio social. En el marco de esta tesis, alude principalmente a las dinámicas de interacción entre el Estado y los diversos actores de la sociedad civil. Para mayor información ver la sección 1.4.5.

⁹ La *concepción de sujeto* apunta a cómo es definida y caracterizada la población objetivo de las políticas públicas, en términos de interseccionalidad y agencia. Para mayor información ver la sección 1.4.5.

¹⁰ Para mayor información sobre los otros ejes de exclusión priorizados en el marco de esta tesis, ver la sección 1.4.5.1.

inclusión social que tiende a un ideal normativo de *asimilación*. Esto se debe a que dicha política está orientada por un *referente normativo particularista*, una *visión de sociedad jerárquica* y una *concepción de sujeto estandarizada*¹¹. A la luz de esta hipótesis, se plantean las siguientes hipótesis secundarias:

- i) A pesar de que en Chile se ha integrado un discurso de derechos humanos al debate político y a las políticas públicas, el referente normativo que guía la política estudiada está fuertemente signado por principios morales conservadores ligados a la ideología de la Iglesia Católica. Por esta razón, la política tiende a un *referente normativo particularista*;
- ii) El/los referente/s normativo/s “alternativo/s”, o provenientes de los actores de la sociedad civil más progresistas¹², no han sido incorporados en la formulación de la política pública analizada;
- iii) La política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015) plantea una visión de *sociedad jerárquica* al no emprender (o emprender escasamente) acciones que promuevan una coordinación efectiva entre el Estado y los diversos actores de la sociedad civil;
- iv) La política estudiada define un *sujeto estandarizado* —al no integrar un enfoque de interseccionalidad de género—, proponiendo representaciones estándar sobre problemas y soluciones, sin considerar la existencia de sujetos diversos; y
- v) El proceso de formulación de la política analizada está en tránsito, desde un *referente normativo particularista*, una *visión de sociedad jerárquica* y una *concepción de sujeto estandarizada* hacia un *referente normativo pluriversal*, una *visión de sociedad heterárquica* y una *concepción de sujeto interseccional*; es decir, desde lógicas de inclusión social bajo un *ideal normativo de asimilación* hacia lógicas orientadas por un *ideal normativo pluralista*¹³.

Para abordar estas hipótesis, se plantea como objetivo general elaborar un modelo conceptual que permita conocer la noción de inclusión social que propone la política pública de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), desde una perspectiva de género en articulación con otros ejes de exclusión, con el propósito de generar aportes conceptuales que permitan pensar políticas públicas más inclusivas. En esta línea, se proponen los siguientes objetivos específicos:

¹¹ Para mayor información sobre estos conceptos ver la sección 1.4.5.

¹² Los referentes normativos “alternativo” y/o “progresista” serían aquellos sistemas de valores que se posicionan críticamente ante las normatividades hegemónicas propuestas por las políticas públicas.

¹³ Para mayor información sobre estos conceptos ver el apartado 1.4.5.

- i) Generar un dispositivo de observación basado en tres ejes (*referente normativo, visión de sociedad y concepción de sujeto*) que permita analizar la propuesta de inclusión social de las políticas públicas;
- ii) Aplicar dicho dispositivo de observación a la política pública de salud sexual y reproductiva en Chile, en los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad, durante el periodo 2000-2015;
- iii) Problematicar el *referente normativo* de la política pública desde una perspectiva de género en interacción con otros ejes de exclusión;
- iv) Sondear los *marcos interpretativos* presentes en los discursos de los diversos actores involucrados (tanto de instituciones estatales como de organizaciones de la sociedad civil) y en documentos de interés sobre los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad en Chile, en el periodo abordado;
- v) Indagar en las dinámicas de interacción entre Estado y sociedad civil, en el marco del proceso de formulación de la política analizada;
- vi) Conocer si existen prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil en el proceso de formulación de la política;
- vii) Conocer cómo se representa la población usuaria, en términos de interseccionalidad y agencia, en el contexto de la política abordada; y
- viii) Dar cuenta de las diferencias y continuidades, sobre la política analizada y su propuesta de inclusión social, en los cuatro periodos presidenciales que transcurren entre los años 2000-2015 en Chile.

1.4 Conceptos y teorías

Esta sección presenta brevemente los conceptos y la teoría que sustentan esta tesis y el modelo analítico propuesto (Capítulo II). El apartado se divide en cinco sub-secciones: i) la dimensión ética de las políticas públicas; ii) el debate sobre la exclusión social; iii) la teoría feminista de la interseccionalidad; iv) la sexualidad como campo de disputa discursiva; y, finalmente, v) el modelo conceptual planteado por esta tesis.

1.4.1 Las políticas públicas y su dimensión ética

Las políticas públicas son entendidas como procesos de decisión, que involucran acciones e inacciones a nivel gubernamental, orientadas a la solución de situaciones que se consideran inaceptables (o problemáticas), planteando una relación específica entre el poder público y la sociedad para ello. Por lo tanto, las políticas públicas no sólo competen a un ámbito técnico, sino también a un ámbito ético-normativo (Anderson, 1975, 2006; Dye, 1981; Jobert, 2004; Kraft y Furlong, 2006; Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne, 2008; Miranda, 2009; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). La dimensión ética habla del

deber ser propuesto por las políticas públicas: qué asuntos son necesarios de atender, qué fines perseguir y cómo alcanzarlos, quiénes pueden dialogar/decidir sobre estos asuntos, para quiénes se piensan estas intervenciones, entre otros aspectos. Las políticas públicas implícita o explícitamente plantean la inclusión o exclusión de determinadas categorías de personas dentro de la comunidad política, definiendo los asuntos y los sujetos considerados dignos de la acción del Estado y de la deliberación pública (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011:32).

Desde un enfoque constructivista, las políticas públicas aluden a un diálogo inacabado, del que forman parte diversos actores con diferentes apuestas ético-políticas, entre los cuales median relaciones de asimetría, a partir de una estructura de poder determinada. Esto provoca que algunas representaciones sociales sean incluidas en la agenda pública — sobre las que finalmente se debate, legisla y actúa— y otras, por el contrario, queden excluidas (Bacchi, 1999). De este modo, las políticas públicas pueden contribuir tanto a la (re)producción como a la transformación de un determinado orden social y político. Por esta razón, cabe preguntarse por el contenido normativo de las políticas y si éste responde a escenarios sociales plurales donde una diversidad de sujetos demanda reconocimiento, y donde dichos sujetos suelen no estar en igualdad de condiciones para participar del debate público (Jobert, 2004; Fraser, 2006; Miranda, 2009).

Esta tesis problematiza la dimensión ética de las políticas públicas para comprender la concepción de inclusión social que éstas, implícita o explícitamente, proponen. Las teorías éticas universalistas son insuficientes para abordar estos asuntos, ya que suelen perder de vista “la particularidad” y, con ello, las estructuras de poder que vertebran las sociedades y las relaciones sociales. Para resolver esta dificultad, esta tesis busca integrar algunos de los aportes de la teoría feminista a los debates actuales sobre el análisis de las políticas públicas, principalmente de aquellas corrientes que han sido críticas del pensamiento *moderno/colonial*. La teoría feminista, especialmente la perspectiva de la interseccionalidad, ha contribuido a descentrar el sujeto universal moderno (hombre, adulto, heterosexual, burgués, occidental-blanco) para pensar un sujeto que es moldeado por una compleja matriz de poder, que define sus situaciones particulares y sus experiencias de exclusión. El debate feminista de la interseccionalidad se combina con las discusiones actuales sobre exclusión e inclusión social y la construcción de la sexualidad en sociedades Occidentales, para iluminar una propuesta conceptual que permita analizar la política estudiada desde una perspectiva de género que asuma su articulación con otros ejes de exclusión.

1.4.2 El debate sobre la exclusión social

Los debates académicos actuales destacan que la exclusión social¹⁴ es un *proceso dinámico* de ruptura/fortalecimiento *multidimensional* de las *relaciones sociales*¹⁵, a partir del cual sería posible la plena participación en las actividades normativas, el acceso a la información y los recursos, el reconocimiento social y la garantía de derechos inalienables (Marco Fabre, 2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Silver, 2007; Levitas, Pantazis, Fahmy, Gordon, Lloyd & Patsios, 2007; Popay, Escorel, Hernández, Johnston, Mathieson & Rispel, 2008; Rojas, 2012). Desde esta concepción, se comprende que la inclusión social no puede representarse en términos absolutos, sino como un proceso (*continuum*), es decir, siempre en relación a su contraparte. Por ello, se opta por hablar de *procesos de inclusión/exclusión*.

Los procesos de inclusión/exclusión social pueden estudiarse en tres niveles: *estructural*, que alude a los límites y las posibilidades estructurales para la integración en sociedades determinadas; *institucional o político*, que se refiere a las instituciones y/o los actores políticos que pueden reproducir o revertir las dinámicas de exclusión/inclusión; e *individual/colectivo*, vinculado a las actitudes, comportamientos y estrategias particulares que determinan las vivencias concretas de exclusión/inclusión (Laparra, Obradors, Pérez, Pérez, Renes, Sarasa, Subirats y Trujillo, 2007). Desde este prisma, esta tesis realiza un análisis del nivel institucional o político de la inclusión/exclusión social, en el contexto de la política de salud sexual y reproductiva en Chile.

1.4.3 La teoría feminista de la interseccionalidad

La conceptualización de *inclusión/exclusión social* expuesta anteriormente es complementada a partir del debate feminista sobre la interseccionalidad. Esta discusión es impulsada por el feminismo negro y chicano en Estados Unidos (Combahee River Collective, 1977/1981; hooks, 1984/2004; Moraga & Anzaldúa, 1981; Crenshaw, 1989, 1991; Hill Collins, 1990/2000), y retomado por teóricas europeas, estadounidenses (Yuval-Davis, 2006; Hancock, 2007; Walby, 2009; Lombardo y Verloo, 2010) y latinoamericanas (Lugones, 2008, 2010, 2012; Espinosa, 2009, 2014 y Curiel, 2009, 2010/2014). La interseccionalidad ahonda en los efectos simultáneos de discriminación que pueden generar las construcciones sobre la raza, el género y la clase social. Ésta alude, además, a un proceso dinámico, multidimensional y co-constitutivo de cómo operan las relaciones de poder, que pueden incluso responder a lógicas contradictorias de inclusión/exclusión (como en mujeres mestizas-occidentalizadas y hombres negros).

¹⁴ En Occidente, el foco del debate ha estado principalmente en la exclusión social. Por ello, para hablar de inclusión se hace necesario aludir a la exclusión social.

¹⁵ Estas relaciones sociales están dadas por estructuras y relaciones de poder específicas que vinculan a determinados sujetos y colectivos con la sociedad, sus prácticas e instituciones representativas.

La interseccionalidad nutre el debate sobre la inclusión/exclusión social al comprender que mientras unas categorías o dimensiones pueden definir a ciertos grupos como “incluidos” en una determinada sociedad, otras pueden estilizarlos como “excluidos”. De esta discusión se rescatan los aportes de autoras europeas y estadounidenses, del ámbito de la ciencia política, respecto de cómo aplicar un análisis de *interseccionalidad política* en las políticas públicas; y las contribuciones de feministas latinoamericanas que han trabajado la noción de *colonialidad de género*, que es interesante para el análisis de las políticas en Latinoamérica.

La *interseccionalidad política* permite entender cómo las políticas públicas que se centran en una dimensión de desigualdad marginan de sus agendas a aquellos sujetos y/o grupos cuya situación de exclusión responde a la imbricación de diversos sistemas de opresión. Las políticas públicas concebidas de este modo reproducen y refuerzan los sistemas de poder que actúan articuladamente, al no dar cuenta de la heterogeneidad interna de los grupos. Un ejemplo de esto sería el derecho antidiscriminación que escinde las desigualdades por razón de raza y género sin considerar sus articulaciones.

La interseccionalidad política busca generar, en las/os responsables de la política y las instituciones de la sociedad civil, una reflexión constante sobre las dinámicas de privilegio y exclusión que permean el discurso político y que finalmente permiten que determinadas situaciones y discursos sean integrados (o no) en la formulación de las políticas (Crenshaw, 1991; Lombardo y Verloo, 2010; Verloo, 2013). Desde aquí, esta tesis busca conocer si el proceso de formulación de la política pública analizada visualiza la existencia de sistemas de poder múltiples e imbricados que dan origen a dinámicas de exclusión específicas o, por el contrario, reproduce estos sistemas de poder que actúan articuladamente.

La *colonialidad del género*, por su parte, permite seguir teorizando la lógica opresiva de la modernidad colonial y su *lenguaje categorial dicotómico*, donde las jerarquizaciones de género se co-constituyen con los sistemas de opresión dados por la raza, la clase y la sexualidad (Lugones, 2010). Desde esta propuesta, la clase social, la raza, el género y la sexualidad son considerados sistemas de opresión que forman parte del proceso colonial llevado desde Europa al resto del mundo, donde ninguno sería ni secundario ni separable uno del otro, sino co-constitutivos. La *colonialidad de género* alerta que entender la interseccionalidad desde una lógica aditiva continúa borrando la heterogeneidad interna de determinados grupos sociales y, con ello, a todas aquellas mujeres subalternizadas (afrodescendientes, indígenas y caribeñas). Esta noción, de la mano de la interseccionalidad, reconoce la capacidad de agencia en aquellos sujetos moldeados por

este sistema de poder múltiple, pues las personas pueden rechazar la imposición jerárquica, generar espacios de resistencia y nuevas apuestas conceptuales que les permitiría participar y validar sus representaciones en el diálogo público (Hill Collins, 1990/2000; Lugones, 2012).

La importancia de la *colonialidad del género*, en el contexto de esta tesis, radica en su utilidad para pensar el Estado –sus discursos, prácticas y herramientas—, como heredero de un pensamiento *colonial/moderno*. Desde esta representación, la institucionalidad del Estado no sólo articularía un poder patriarcal, como evidenció el feminismo radical (Millet, 1975/1997; MacKinnon, 1982; Barry, 2005). No se observa sólo un poder capitalista, como mostró el feminismo marxista y el feminismo socialista (Kollontai, 1976/1978; Tristán, 2003; Molina Petit, 2005). No se hallaría sólo un poder colonial, como han manifestado las/os teóricas/os postcoloniales y descoloniales (Mignolo, 1995; Castro-Gómez, 2000; Grosfoguel, 2008; Mezzadra, 2008). El Estado articularía una matriz de dominación múltiple (racista, clasista y heteropatriarcal) que estratifica las sociedades sobre la construcción de binarismos, por ejemplo, hombres/mujeres, heterosexuales/no-heterosexuales, blancos/no-blancos, entre otros (Lugones, 2010; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014; Curiel, 2010/2014; Segato 2014).

1.4.4 La sexualidad como campo de disputa discursiva

Finalmente, las reflexiones sobre inclusión/exclusión social e interseccionalidad se vinculan con los debates actuales en torno a la sexualidad, dado el ámbito de política a analizar. La sexualidad está lejos de representar una experiencia universal y transcultural. Ésta estaría moldeada por las relaciones de poder vigentes, instaladas por actores hegemónicos y reproducidas por diversas instituciones, como el Estado, quienes inhiben o estimulan la sexualidad con diferentes fines, por ejemplo, el control de poblaciones, controles morales y asuntos sanitarios (Foucault, 1970/2002, 1978/2006; Vance, 1984, 1991; Weeks, 1986/1998; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). De modo que, “no hay relación erótica o sexual que suceda fuera de un campo de poder y de estructuras de desigualdad que determinan los modos en que vivimos nuestros cuerpos, deseos y actividades” (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:101).

La sexualidad, además, puede ser comprendida como un campo de disputa política y simbólica, donde median diversos discursos –religiosos, científicos/sanitarios, político-nacionales y emancipatorios—, promovidos por diferentes actores –como el Estado, los organismos internacionales y los movimientos sociales— (Weeks, 1986/1998; Vance, 1991; Bonan, 2004; Amuchástegui y Rodríguez, 2005). Los discursos sobre la sexualidad tienen efectos éticos y políticos que han sustentado procesos de clasificación, estigmatización y segregación social, pero éstos no son estáticos, pues ante ellos pueden

generarse prácticas y discursos de resistencia. En este sentido, esta tesis ha indagado en cómo la política pública estudiada integra diversos modos de vivir la sexualidad y/o limita su reconocimiento.

1.4.5 La propuesta de un modelo conceptual de análisis

A partir de las conceptualizaciones de inclusión/exclusión social, interseccionalidad política, colonialidad de género y sexualidad, esta tesis propone un modelo analítico que permite conocer la noción de inclusión social que proponen las políticas públicas. El proceso de las políticas públicas contempla diversas fases (agenda, formulación, implementación y evaluación), pero el foco de esta tesis está en el proceso de formulación. El objetivo es conocer en qué medida la formulación de la política pública es capaz de integrar diferentes sistemas de valores para la definición de problemas y soluciones (*referente normativo*), diversos actores políticos (*visión de sociedad*) y diferentes sujetos como beneficiarios de la política (*concepción de sujeto*) (Anexo N°1).

El modelo presentado es crítico del uso retórico de la inclusión social bajo lógicas de asimilación (Young, 1990/2000). La intención es proponer un modelo de análisis que permita pensar la inclusión social sobre lógicas horizontales, heterárquicas y que superen los universales abstractos. En Occidente las prácticas sociales legitimadas (y asumidas como universales) han estado configuradas para (y por) un sujeto masculino, perteneciente a la etnia, la clase, la cultura y la lógica epistémica dominante. De modo que los “sujetos femeninos”, entre otros, han sido excluidos tradicionalmente de diversos ámbitos, silenciando su voz, la que es indispensable para obtener una perspectiva plural, inclusiva y que dé cuenta de las complejidades de la realidad social (Alonso y Lombardo, 2014). Por ello, esta tesis es un intento por desarrollar un aparato conceptual que permita entender de mejor manera las relaciones neocoloniales que suelen permear el Estado y las políticas públicas, para pensar una inclusión social que trascienda las limitaciones que impone el pensamiento *colonial/moderno*.

El modelo conceptual propone observar tres elementos: i) el *referente normativo* que guía la política; ii) la *visión de sociedad* que subyace al discurso político; y iii) la *concepción de sujeto* supuesta. El planteamiento de estos tres elementos se debe a que se considera que la normatividad de las políticas públicas habla de:

- i) un conjunto de valores, creencias y principios morales que definen la representación de problemas y soluciones (Bacchi, 1999, 2009; Miranda, 2009);
- ii) una relación social específica entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil, que permite que ciertas representaciones de la realidad sean integradas y otras no (Bacchi, 1999; Miranda, 2009); y

- iii) una concepción particular de la población a la cual van dirigidas las políticas públicas, en términos de interseccionalidad y agencia (Hancock, 2007; Lugones, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

Para integrar las reflexiones teóricas antes descritas, esta tesis plantea algunas orientaciones conceptuales para cada uno de los elementos estudiados. Para observar el *referente normativo* se han establecido las categorías *particularista*, *universalista* y *pluriversalista*. Las lógicas *particularistas* estarían fundadas en el establecimiento de lo bueno/correcto, en el marco de las políticas, a partir de una moralidad específica (asociada a una religión, por ejemplo), donde el Estado debiese cumplir el rol de “tutor moral”. Por el contrario, las lógicas *universalistas* estarían orientadas por principios procedimentales de alta abstracción que anularía la posibilidad de que el Estado (u otro actor político) impusiese un sistema de valores que nieguen los derechos universales de las personas (Miranda, 2009). No obstante, el universalismo olvida que existen determinadas relaciones de poder que permiten que algunos sistemas de valores sean reconocidos como superiores y otros como subalternos (como las cosmovisiones occidentales sobre las no-occidentales). Finalmente, las lógicas *pluriversales* —que buscan superar el debate particularismo-universalismo y la concepción de una universalidad occidental eurocentrada— aluden a la coexistencia de diversos proyectos ético-políticos en los que se dé un diálogo horizontal, más allá de las lógicas de dominación (Mignolo, 2000/2003; Grosfoguel, 2008).

Para observar la *visión de sociedad* se han planteado las categorías *jerárquica* y *heterárquica*. La *jerárquica* asume al Estado (u otro actor político) como el actor hegemónico que debe guiar el proceso de las políticas públicas; y la *heterárquica* presume que el Estado debe cumplir más bien un rol coordinador de los diferentes intereses de los diversos actores en el proceso de las políticas, donde la diferencia y el conflicto no sean vistos como obstáculos (Young, 1990/2000; Miranda, 2009).

Finalmente, para la *concepción de sujeto* se han establecido tres categorías *estandarizada*, *múltiple* e *interseccional*. Una visión *estandarizada* anularía la diversidad social existente, derivando en respuestas estándar, bajo una presunta imparcialidad, obviando que la “diferencia”¹⁶ —socialmente construida— sustenta relaciones de asimetría. Las lógicas estandarizadas plantearían políticas de “talla única” (*one size fits all*), que

¹⁶ En algunas oportunidades, se ha optado por usar la palabra *diferencia* (y sus derivados) entrecomillada, como modo de desmitificar y desestabilizar el concepto. La intención es recordar que la diferencia es construida socialmente, es decir, es la interpretación de “la diferencia” —en relación a un sujeto normativo particular— la que produce relaciones sociales jerárquicas. Esta “diferencia” no habla sólo de algo distinto a un “yo”, sino de un “otro” que es necesariamente subalternizado (significado como algo particular, deficiente o periférico) en función de un canon asumido como único válido (definido como central y universal).

excluyen todo aquello que no se ajuste a la norma social, por ejemplo, a la representación de familia tradicional (Verloo, 2006). La concepción *múltiple* comprendería la diversidad social existente, pero entendería estas “diferencias” de modo independiente y/o asumiría cierta jerarquía entre los ejes de exclusión considerados (Hancock, 2007). Por el contrario, la concepción de un sujeto *interseccional* integraría la diversidad social, al visualizar un sujeto situado (cruzado por relaciones de poder múltiples e imbricadas) que debe ser integrado al proceso de las políticas como sujeto agente. Esta noción no sólo concibe “usuarios” de las políticas, sino también contempla la capacidad de agencia (individual y colectiva) de los sujetos (Hill Collins, 1990/2000; Alexander y Mohanty, 1997/2004; Lugones, 2012; Verloo, 2013; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

Esta apuesta conceptual se sustenta en el supuesto que las políticas públicas en Chile – específicamente la política de salud sexual y reproductiva— necesitan transitar desde un referente normativo *particularista* a uno *pluriversal*, desde una visión de sociedad *jerárquica* a una *heterárquica*, y de una construcción de sujeto *estandarizada* a una *interseccional* para responder satisfactoriamente al desafío de la inclusión social. En palabras de Iris Marion Young (1990/2000), las políticas públicas debiesen transitar desde una noción de inclusión social basada en un *ideal normativo de asimilación* a una sustentada en un *ideal normativo pluralista*, que valore positivamente la diferencia y promueva un espacio público heterogéneo, y a la vez sea crítico del sistema categorial dicotómico que define relaciones sociales jerárquicas¹⁷.

1.4.5.1 Los ejes de exclusión priorizados

Esta tesis surge de la inquietud sobre las dinámicas de exclusión/inclusión dadas por el género, para luego pensar en cómo las categorías de género se articulan con otros sistemas de opresión (en función de la clase social, la raza/etnicidad, la edad, etc.). Al retomar la *colonialidad del género*, se entiende que el sistema de poder dado por el género se articula necesariamente con los sistemas de dominación en torno a la idea de raza, clase social y sexualidad. De modo que se consideran estos cuatro ejes para el análisis de la política estudiada. Por otro lado, con intención de avanzar en la comprensión de un sistema de dominación complejo que invisibiliza determinados discursos y prácticas sociales en el escenario de las políticas públicas, se incorporan otros tres ejes: *edad*, *diversidad funcional* y *ubicación geográfica*.

Esta tesis postula que la matriz de pensamiento hegemónico no sólo carga con lógicas patriarcales, heterosexistas, clasistas y racistas, sino también con un discurso: i) *adultocéntrico*, que excluye aquellas subjetividades “no-adultas”; ii) *capacitista*, que

¹⁷ Para mayor información sobre el modelo ver la sección 2.6 y la ilustración 1.

margina aquellas corporalidades que no presentan un funcionamiento definido como “normal”; y iii) *centralista*, que diferencia entre centros y periferias, y establece jerarquías entre ambos. Estos siete ejes, además, son relevantes respecto de cómo se ha construido la sexualidad en Occidente y apunta a colectivos que han sido invisibilizados en el debate público (Weeks, 1986/1998; Krassoievitch, 1994; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Hernández, 2008; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011; Cruz, 2004; Guzmán y Platero, 2012; López, Amorin, Benedet, Carril, Celiberti, Güida, Ramos y Vitale, 2005).

Estos ejes de exclusión también son importantes en el escenario socio-político chileno, que se ha caracterizado por:

- i) una profunda desigualdad económica y social (*clase social*), que define el acceso diferenciado de determinados grupos a ciertos bienes y servicios, que no siempre son garantizados por el Estado (López, Figueroa y Gutiérrez, 2013; OCDE, 2014);
- ii) la presencia de población indígena e inmigrante (*raza/etnicidad*), quienes tienen menor acceso a los recursos económicos y una escasa visibilidad política y social (Johnson, 2006; Jensen, 2008; Acuña y Zúñiga, 2010; Espinoza y Rabi, 2012);
- iii) el escaso acceso a los recursos y la escasa visibilidad política de las personas en situación de discapacidad (*diversidad funcional*) (FONADIS, 2004; Ortúzar, 2009; Acuña y Zúñiga, 2010);
- iv) la persistencia de discriminaciones institucionales a personas por su orientación sexual e identidad de género (*orientación sexual*) (OTD/IGLHRC, 2012; MOVILH, 2015);
- v) el paulatino envejecimiento de la población y la persistencia de desigualdades en adultas/os mayores (*edad*), a la vez que se observan discriminaciones y la invisibilidad política de niñas/os, adolescentes y jóvenes (Larraín y Walker, 2005; Couso, 2009; Krauskopf, 2000; SENAMA, 2009); y
- vi) un Estado fuertemente centralizado, donde la pertenencia a regiones alejadas de la capital nacional (*ubicación geográfica*) suele ser un elemento de discriminación (SUBDERE, 2000).

Estos ejes generan dinámicas de exclusión en el proceso de las políticas públicas a nivel nacional. De modo que al concebir la interseccionalidad de género en esta tesis, se piensa en cómo se articulan y co-construyen género, sexualidad, raza/etnicidad, clase social, edad, diversidad funcional y ubicación geográfica¹⁸; cómo gravitan estos siete ejes en las dinámicas de inclusión/exclusión en la política de salud sexual y reproductiva en Chile;

¹⁸ El eje de exclusión *ubicación geográfica* ha sido considerado principalmente para el diseño e implementación de la metodología. Especialmente, para la selección de las personas a entrevistar (Sección 1.5.3.1). En el desarrollo del análisis de la política, este eje ha pasado a ocupar un lugar secundario, pues fue difícil estudiar en qué medida el discurso de la política reproduce dinámicas de exclusión centralistas.

y cómo integrarlos al proceso metodológico, para no reproducir dichas relaciones de poder en el transcurso de la investigación.

1.5 Metodología

El proceso metodológico seguido en el contexto de esta tesis ha permitido recabar y analizar la información necesaria para responder las preguntas de investigación. Como se ha esbozado en apartados anteriores, esta tesis no sigue los enfoques clásicos para el análisis de políticas públicas¹⁹, sino que aborda su dimensión ética (Sección 1.4.1). Se ha integrado un enfoque discursivo en políticas públicas, con el propósito de indagar en la normatividad y la noción de inclusión social que la política de salud sexual y reproductiva chilena propone, respecto de los tres elementos contemplados por el modelo analítico (Sección 1.4.5). El proceso metodológico ha buscado explorar las representaciones sociales planteadas por la política estudiada sobre los problemas y las soluciones que aborda; y, en este contexto, ha intentado conocer si las desigualdades de género son definidas como importantes y si se conciben en articulación con otros ejes de exclusión (Sección 1.4.5.1) (Bacchi, 1999, 2009; Verloo, 2007; Bustelo y Lombardo, 2007).

Desde un enfoque discursivo, las políticas públicas no son neutras, sino que responden a interpretaciones específicas de la realidad social, que suelen reproducir normatividades mediadas por las construcciones sociales en torno al género y otros ejes de exclusión (clase social, etnicidad, diversidad funcional, entre otros). El enfoque discursivo, a la vez, comprende que las políticas públicas son producto de un diálogo inacabado donde entran en juego diferentes discursos, sostenidos por diversos actores políticos, que no siempre están en igualdad de condiciones para validar sus representaciones en el proceso de las políticas públicas. Estas relaciones de desigualdad condicionan que ciertos discursos ingresen a la agenda pública, mientras otros quedan marginados o asumidos como poco importantes (Foucault, 1970/2002; 1994/1999; Bacchi, 1999, 2009; Verloo, 2007; Bustelo y Lombardo, 2007; Lombardo, Meier & Verloo, 2009).

Dadas las relaciones de asimetría presentes en el diálogo que da origen a las políticas públicas, las representaciones sostenidas por ciertos actores —reconocidos con mayor poder para construir discurso— suelen adquirir el carácter de obligatoriedad. Lo que impone una visión determinada sobre cómo la sociedad y sus instituciones debiesen entender e intervenir en los problemas definidos como relevantes (Forero y Hurtado, 2013). Las políticas públicas, sin embargo, son producto de procesos de deliberación, persuasión y consenso que nunca están zanjados. Son un proceso interactivo entre el

¹⁹ Los enfoques clásicos para el análisis de las políticas públicas se han centrado en el estudio del ciclo de las políticas y sus diferentes etapas (agenda, formulación, decisión, implementación y evaluación).

discurso político institucionalizado y los discursos de protesta o resistencia (Ferree, Gamson, Gerhards & Rucht 2002). Por esta razón, esta tesis no sigue la lógica convencional de estudio de las políticas que sólo se centra en las políticas de Estado (o en los documentos oficiales generados por actores gubernamentales), sino que entiende las políticas públicas como procesos dialécticos, donde diferentes discursos –proferidos por actores al interior y fuera del Estado– entran en competencia (Ferree, *et. al.*, 2002).

Entender las políticas públicas como construcciones discursivas, en las que median relaciones de asimetría, plantea la necesidad de estudiar previamente el contexto en el que se desarrolla la política analizada, para identificar las relaciones de poder que adquieren más relevancia en el modo en que se institucionalizan los discursos políticos (Hill Collins, 1990/2000; Yuval-Davis, 2006; Hancock 2007; Marx Ferrer, 2009; Walby, 2009). Esto apunta a conocer qué actores están investidos de mayor poder para producir el discurso socialmente validado (o que finalmente ingresará al proceso de la política) en el contexto social y político a investigar. En algunos casos, por ejemplo, podría haber mayor influencia de actores académicos sobre actores que representen a instituciones eclesiásticas, y/o el Estado podría estar más o menos receptivo a integrar los discursos de diferentes actores políticos, al promover y proponer mecanismos de diálogo conocidos y transparentes.

A partir de estos elementos es que el enfoque discursivo en políticas públicas es útil para responder a las preguntas de investigación, que buscan conocer: i) cuáles son los valores, creencias y principios que guían la definición de problemas y soluciones en el proceso de formulación de la política analizada (*referente normativo*); ii) qué actores, y en base a qué dinámicas de interacción, participan del diálogo sobre la política estudiada (*visión de sociedad*); y iii) cuál es la concepción de sujeto subyacente al discurso de la política abordada, en términos de interseccionalidad y agencia (*concepción de sujeto*).

Para integrar un enfoque discursivo al proceso metodológico y acceder a la información necesaria para contestar las preguntas de investigación, se han planteado cuatro elementos:

- 1) *Contextualización*: donde se ha realizado un trazado del proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile en los últimos 15 años;
- 2) *Análisis documental*: en el que se ha desarrollado un análisis crítico de marcos interpretativos a textos políticos relevantes en el proceso de la política estudiada;
- 3) *Trabajo de campo*: donde se han realizado entrevistas semi-dirigidas a actores políticos que han participado y/o se han interesado por el debate en torno a la política de salud sexual y reproductiva en Chile; y

- 4) *Análisis de la información recolectada:* en el que se ha desarrollado un análisis temático del discurso sobre la información reportada por las entrevistas, y se ha realizado una articulación entre este análisis y el proporcionado a partir del análisis crítico de marcos interpretativos.

Cuadro 1: Síntesis del proceso metodológico

Elementos	Estrategias y Técnicas	Actividades Asociadas	Tiempos
1. CONTEXTUALIZACIÓN	Trazado del proceso político	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de estudios sobre salud sexual y reproductiva a nivel nacional e internacional. Reconstrucción del proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile. Identificación de los textos más relevantes sobre los ámbitos estudiados, producidos entre el 2000 y el 2015. Identificación de actores relevantes en el proceso de la política (gubernamentales y de la sociedad civil, con injerencia y promotores de modificaciones). Definición de los ejes de exclusión a priorizar en el análisis. 	<p>Marzo 2013 a marzo 2014</p> <p>(12 meses)</p>
2. ANÁLISIS DOCUMENTAL	Análisis crítico de marcos interpretativos	<ul style="list-style-type: none"> Definición de criterios de selección de la muestra documental. Selección de documentos de acuerdo a criterios establecidos (40). Diferenciación de documentos por ámbito y actor. Adaptación de la “Pauta de preguntas Guía” (proyecto MAGEEQ), de acuerdo a las preguntas y los objetivos de investigación. Aplicación de la “Pauta de Preguntas Guías” a los textos seleccionados. 	<p>Octubre 2013 a diciembre 2014</p> <p>(14 meses)</p>
3. TRABAJO DE CAMPO	Entrevistas abiertas semi-dirigidas.	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración del guión para la realización de entrevistas. Definición de criterios para la selección de personas a entrevistar. Selección de la muestra a aplicar la entrevista, de acuerdo a criterios establecidos. Revisión de antecedentes de las personas seleccionadas. Contacto inicial con entrevistadas/os. Revisión y adaptación del guión de entrevistas, de acuerdo a la organización de procedencia y el ámbito de experiencia de las personas entrevistadas. Realización de entrevistas. 	<p>Mayo a octubre 2014</p> <p>(5 meses)</p>
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	Análisis temático del discurso (análisis de contenido).	<ul style="list-style-type: none"> Organización de la información recolectada a partir de las entrevistas. Diseño de las mallas temáticas a utilizar en el análisis de las entrevistas. Transcripción y análisis de las entrevistas. Articulación del análisis de las entrevistas con el análisis documental. Redacción de los resultados y las conclusiones. Elaboración del informe de tesis. 	<p>Octubre 2014 a octubre 2015</p> <p>(12 meses)</p>

Los cuatro elementos del proceso metodológico se entienden de modo integrado (o no lineal), pues cada uno se construye en relación a los otros de manera dialéctica. El *análisis de la información* (cuarto elemento) se concibe como una fase integrada, donde los diferentes productos de la metodología se articulan para responder las preguntas de investigación. Para mayor detalle, se presenta un cuadro síntesis del proceso metodológico y los tiempos invertidos en éste (Cuadro 1). Además, a continuación se describen las estrategias y las técnicas de recolección y análisis de la información utilizadas, a saber: i) el trazado del proceso político; ii) el análisis documental a partir de un análisis crítico de marcos interpretativos; y iii) la aplicación y el análisis de entrevistas abiertas semi-dirigidas.

1.5.1 Trazado del proceso político

Para situarse en el caso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile –y como paso previo para la definición de la muestra documental a analizar y los actores a entrevistar—, se aplica el método *policy process tracing* para delinear el proceso seguido por la política estudiada (Collier, 2011). El *policy process tracing* es una herramienta de análisis histórico, utilizada en las ciencias sociales para establecer relaciones causales entre determinados acontecimientos. Este método permite esbozar inferencias descriptivas y causales, a partir de piezas de evidencia diagnóstica, a menudo entendidas como parte de una secuencia temporal de acontecimientos o fenómenos (Collier, 2011:824).

Para reconstruir el proceso de la política analizada se han seguido los pasos propuestos por el proyecto QUING, *Quality in Gender + Equality Policies* (2006-2011)²⁰. La intención principal fue trazar cuándo y cómo aparecen los temas en la agenda pública, quiénes han contribuido al debate y qué documentos han sido producidos en el periodo estudiado (Dombos, Krizsan, Verloo & Zentai, 2012). Así, se han ordenado cronológicamente los sucesos y documentos más importantes producidos entre los años 2000 y 2015, tanto por el Estado como por otros actores. El trazado del proceso ha permitido tener una visión general y sistemática del desarrollo de la política, una lista de actores que han participado o se han interesado por el debate (Capítulo III), así como una recolección de documentos a analizar. Los tipos de textos detectados incluyen proyectos de ley, leyes, planes y programas nacionales, debates parlamentarios, artículos de opinión, cartas oficiales y declaraciones públicas.

²⁰ El proyecto QUING aborda temas de diversidad e inclusión en la Unión Europea, con el propósito de proporcionar conocimiento para la formulación de políticas más inclusivas desde una perspectiva de género y otras desigualdades. El proyecto fue financiado por el sexto Programa Marco de la Comisión Europea, durante 54 meses (2006-2011). Para mayor información ver: www.quing.eu

Para seleccionar los textos que finalmente han sido analizados, se han seguido los tres criterios definidos por el proyecto QUING, que a continuación se describen (Krizsan & Verloo, 2007):

- i) *incluir los documentos políticos más importantes sobre el tema elegido*, en este caso la salud sexual y reproductiva en Chile (principalmente la educación sexual y la regulación de la fertilidad) en los últimos 15 años. Así, se han integrado a la muestra los textos que han sido representativos del debate sobre la política analizada;
- ii) *seleccionar textos que reflejen la voz de los principales actores* que han participado del debate en torno a la política estudiada. De modo que se han incluido documentos generados tanto por actores gubernamentales (Ministerios, Servicios Públicos, Parlamento) como actores de la sociedad civil (ONGs, organismos académicos y organizaciones sociales), intentando captar sus diferentes perspectivas (religiosas, político-nacionales, sanitarias y/o emancipatorias); y
- iii) *a través de los textos, intentar captar los cambios más relevantes durante el periodo analizado*. Se ha buscado identificar los puntos de inflexión (polémicas, controversias y/o nuevas propuestas) en el debate público sobre la salud sexual y reproductiva en Chile, así como las iniciativas más representativas y/o discutidas de cada uno de los gobiernos presentes entre el período 2000-2015.

A los tres criterios definidos por el proyecto QUING se han sumado dos:

- i) *Actualidad*: con el propósito de seleccionar textos que con mayor probabilidad integren un enfoque de interseccionalidad de género con otros ejes de exclusión (Lombardo & Rolandsen, 2012); e
- ii) *Igualdad de oportunidades y no discriminación*: con el fin de integrar a la muestra textos que aborden temas de igualdad de oportunidades y no discriminación, que se vinculen a uno o más de los ejes de exclusión priorizados en esta tesis (género, raza/etnicidad, clase social, sexualidad, edad y diversidad funcional). La intención también fue seleccionar textos que pudieran incorporar un enfoque de interseccionalidad de género.

En base a los criterios descritos, se ha establecido una muestra de 40 documentos producidos entre los años 2000 y 2015 en los siguientes ámbitos: salud sexual y reproductiva (1), educación sexual (15), regulación de la fertilidad (15)²¹ e igualdad de oportunidades y no discriminación (10) (Anexo N°4). Al interior de la muestra se encuentran textos generados por actores gubernamentales (leyes, políticas públicas, debates parlamentarios, programas, cartas oficiales y planes nacionales) y actores de la

²¹ Uno de los documentos seleccionados, sobre la Ley N°20.418, ha sido analizado tanto para el ámbito de la educación sexual como el de la regulación de la fertilidad. Por ello podría pensarse que 41 fueron los textos que conforman la muestra documental, no obstante, son 40 ejemplares.

sociedad civil (proyectos de ley, declaraciones públicas y artículos de opinión), que presentan diferentes posicionamientos frente al tema estudiado. Entre las diferentes posturas se encuentran perspectivas *conservadoras* (instituciones eclesásticas o asociadas a las iglesias cristianas, y partidos políticos conservadores); de *derechos humanos e igualdad de género* (ONGs de mujeres, organizaciones del ámbito educativo, organismos académicos y organismos estatales, como el Servicio Nacional de la Mujer); *biosanitarias* (organismos académicos y ONGs del ámbito de la salud); y *emancipatorias* (organizaciones de mujeres, feministas y de la diversidad sexual).

La mayoría de los documentos han sido producidos entre los años 2000 y 2015. Sólo dos textos han sido generados en años anteriores, los que se vinculan al Programa de Salud de la Mujer (1997) y las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) (1999). La incorporación de estos documentos al análisis radica en que se relacionan a iniciativas gubernamentales que han estado vigentes durante el periodo estudiado y en la importancia que tienen éstas en el proceso político.

1.5.2 Análisis documental: un análisis crítico de marcos interpretativos

Para integrar un enfoque discursivo y de interseccionalidad de género en el análisis documental, se ha aplicado un *análisis crítico de marcos interpretativos* (Bustelo y Lombardo, 2007), que es una adaptación del análisis de marcos, propuesto por las/os teóricas/os de los movimientos sociales (Hunt, Benford y Snow, 1994; McAdam, McCarthy y Zald, 1996). Para la teoría de los movimientos sociales, los marcos interpretativos sirven a los movimientos para asignar significado e interpretar los acontecimientos sociales, con la finalidad de movilizar simpatizantes y desmovilizar a sus antagonistas (Zald, 1999). Los marcos interpretativos, además, pueden ser comprendidos como principios “de organización que transforman la información fragmentaria o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye, implícita o explícitamente, una solución” (Verloo, 2005:20).

El estudio de los marcos interpretativos de una política se utiliza en la (re)construcción y negociación de la realidad por parte de los actores en sus respectivos discursos, buscando identificar los marcos dominantes y/o en conflicto entre sí, a modo de atribuir responsabilidades o causalidad y proponer líneas de actuación (Bustelo y Lombardo, 2007). El análisis de marcos ha demostrado ser un método útil para estudiar el proceso de las políticas públicas y el papel que juegan los actores institucionales, políticos y sociales, al desagregar y explorar los marcos presentes en el proceso.

El análisis de marcos permite comprender cómo interpretaciones y perspectivas competitivas pueden derivar en diferentes diseños de una misma política pública. Por

ejemplo, una política en el ámbito de la sexualidad puede adquirir diferentes “modalidades”, a partir de cómo se construye el problema (Bacchi, 2009). Si la política se plantea en términos de control de la natalidad, podría decantar en una atención casi exclusiva de las funciones reproductivas; y si se expresa en términos de DDSSRR, podría derivar en una intervención que considere tanto la sexualidad como la reproducción, desde una lógica de libertades individuales. De este modo, el análisis de marcos ofrece una mejor percepción del proceso de las políticas, más allá de una valoración exclusivamente por sus resultados, y además permite abordar la dimensión ético-normativa de las políticas públicas (Viñas, 2009).

El *análisis crítico de marcos interpretativos* se sustenta en la teoría de los movimientos sociales, e integra elementos de la teoría de género, el análisis de discurso y la teoría política. Esta metodología ha sido desarrollada y utilizada para el análisis de Políticas de Igualdad en la Unión Europea, en los Proyectos *MAGEEQ - Mainstreaming Gender Equality in Europe* (2003-2005) y *QUING - Quality in Gender + Equality Policies* (2006-2011)²². El *análisis crítico de marcos* ha demostrado ser útil para el estudio del proceso discursivo de políticas, al centrarse en la construcción y reconstrucción de la realidad social, a la vez que integra una perspectiva de género en su definición. Con la aplicación de esta metodología, se ha buscado dilucidar cuáles son los marcos interpretativos que subyacen a la política en cuestión y qué principios, valores y creencias guían la definición de problemas y soluciones en el *policy making* (*referente normativo*). Asimismo, se ha intentado indagar en las dinámicas de exclusión entre los actores políticos involucrados, por ejemplo, qué actores participaban de la redacción de textos oficiales y qué actores y/o perspectivas quedaban marginadas (*visión de sociedad*); y en qué medida se integra un enfoque de interseccionalidad de género al representar al sujeto de la política (*concepción de sujeto*).

Este análisis se conduce a partir de una lista de preguntas guías (Bustelo y Lombardo, 2007). La estructura general proviene de la teoría de movimientos sociales, destacándose aspectos como: a) *Diagnóstico* ¿Cómo se representa el problema? y *Roles del diagnóstico* ¿Quién/es tiene/n el problema? ¿Cuáles son las causas? ¿Quién/es es/son responsable/s del problema?; y b) *Pronóstico* ¿Qué solución se ofrece al problema? y *Roles del pronóstico* ¿Cuál es el grupo normativo? ¿Cuál es el grupo objetivo? A esta estructura básica se han añadido cuatro elementos: a) *Voz* ¿Quién tiene voz en la definición del problema y la solución?; b) *Equilibrio* ¿Existe balance entre diagnóstico y pronóstico?;

²² El Proyecto europeo de investigación *MAGEEQ* estuvo dirigido por Mieke Verloo en la coordinación académica europea, y en España por María Bustelo. Este trabajo tiene continuidad a través del proyecto *QUING*, donde se analizan las Políticas de Igualdad en 29 países europeos. Para mayor información ver: www.mageeq.net y www.quing.eu.

c) *Pronóstico y normas* ¿Qué se presenta como deseable?; y d) *Roles de género e interseccionalidad* ¿A qué categorías sociales se hace referencia? ¿El género se cruza con otras dimensiones sociales? (Bustelo y Lombardo, 2007). En base a esta pauta, se destaca la importancia de aquellas preguntas que permiten dar cuenta de la normatividad presente en la política (*referente normativo*) y las que aluden a los *roles de género e interseccionalidad* (*concepción de sujeto*).

El guión de preguntas formulado por el proyecto MAGEEQ fue readaptado para el desarrollo del análisis de textos, en función de las preguntas y los objetivos de investigación propuestos por esta tesis (Anexo N°2 y N°3)²³. Con esta adaptación, además, se intentó generar una reflexión constante sobre el uso acrítico de ciertas categorías de exclusión (“femenino”, “masculino”, “indígena”, “inmigrante”, etc.), pues por más que éstas sean utilizadas en el discurso de la política, su uso no siempre busca revertir la representación social negativa (o la relación de poder) con la que éstas cargan, ni deja de tratar a ciertos grupos como colectivos homogéneos (Hankivsky, Reid, Cormier, Varcoe, Clark, Benoit & Brotman, 2010; Lugones, 2012).

El proyecto QUING define dos criterios para determinar la relevancia de los marcos interpretativos y decidir si se podía hablar de un marco propiamente tal. Siguiendo dichos criterios, en el contexto de esta tesis, un marco se estructura en la medida en que (1) sus elementos aparecen en los diferentes documentos seleccionados y éstos fuesen, también, expresado por diversos actores; y (2) si éste ofrece una relación completa y detallada sobre qué es un problema (causas, dimensiones, etc.) y cómo resolverlo (Lombardo & Meier, 2014).

1.5.3 Entrevistas

El análisis documental no fue suficiente para responder algunas preguntas y alcanzar ciertos objetivos de investigación, como los relacionados con conocer si existen mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil y cuáles son sus dinámicas de interacción (*visión de sociedad*). Por esta razón, se ha optado por realizar *entrevistas abiertas semi-dirigidas* a diferentes actores (gubernamentales y de la sociedad civil) presentes y/o interesados en el debate sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile, con la intención de ahondar en la visión de sociedad que propone la política estudiada (preguntas específicas N°3 y N°4) (Sección 1.3). La realización de entrevistas,

²³ Esta adecuación se plantea en dos aspectos: i) se asociaron las preguntas de la pauta guía, generada por el proyecto MAGEEQ (Bustelo y Lombardo, 2007), con las preguntas de investigación planteadas por esta tesis (Anexo N°3); y ii) se integraron nuevas preguntas e ítems que contribuyeron a dilucidar cuál es el referente normativo, la visión de sociedad y la concepción de sujeto propuestos por cada texto (por ejemplo, el ítem “Síntesis del documento en base al modelo conceptual” y algunas preguntas sobre el planteamiento de espacios de diálogo tanto en el diagnóstico como el pronóstico esbozado por los documentos) (Anexo N°2).

además, tuvo como propósito acceder a los discursos que suelen estar rezagados en el debate político y a los cuales fue más complejo llegar a través de documentos públicos (como los provenientes desde organizaciones feministas, de mujeres indígenas o de mujeres en situación de discapacidad).

Las *entrevistas abiertas semi-dirigidas* contribuyen a generar microconversaciones que permiten indagar en diferentes interpretaciones de la política estudiada, entendiendo que ésta última es una macroconversación históricamente posibilitada (Cottet, 2013:33). Con esta técnica de recolección de la información se ha buscado tener “acceso directo” a los discursos (interpretaciones, percepciones y puntos de vista) de diversos actores y, con ello, acceder a sus *conocimientos situados* (Haraway, 1988/1995; Hill Collins, 1990/2000), especialmente a aquellos en donde confluyen más de uno de los ejes de exclusión priorizados por esta tesis.

Para definir la muestra se ha integrado un enfoque interseccional, que cuestiona las relaciones de poder que organizan el debate público. No sólo ha interesado entrevistar a actores institucionalizados y/o con influencia en el actual debate sobre salud sexual y reproductiva (como representantes del Ministerio de Salud o de organismos académicos), sino también a actores que han sido invisibilizados dada las dinámicas de exclusión vigentes (como miembros de organizaciones sociales de mujeres indígenas). La intención de esta implementación metodológica de la interseccionalidad es la de no borrar las subjetividades históricamente negadas, sino más bien poner atención en ellas. Se cree que la única forma de evitar la reproducción de estereotipos asociados a determinadas categorías (“discapacitado”, “pobre”, “indígena”, etc.) es trabajar metodológicamente por “hacer audibles” los relatos de aquellas subjetividades homogeneizadas y subalternizadas (mujeres inmigrantes, mujeres indígenas, mujeres en condición de discapacidad, etc.). Con ello, también se ha buscado evitar la *colonización discursiva* (Mohanty, 1984/2008), procurando que otros actores con mayor influencia no “hablen” por estas mujeres particulares, pues se reconoce su capacidad reflexiva, de diálogo, agencia y resistencia.

Con el criterio de interseccionalidad se persiguen dos fines. Por un lado, se buscan validar las interpretaciones provenientes de un *conocimiento situado* como saber experto, que necesariamente debe ser integrado en el proceso de formulación de las políticas. Por otro, se intentan desestabilizar las lógicas de control jerárquico exhibidas por algunos Estado, al actuar como si tuviesen la capacidad de prever *a priori* las consecuencias y efectos de las políticas públicas (o de conocer qué es “mejor” para determinados colectivos), procediendo como si le bastara con solapar una y otra vez categorías homogéneas para trazar un mapa de necesidades (problemas) y estrategias (soluciones). Se comprende que en los “márgenes” no sólo hay un sitio de exclusión, sino también un espacio idóneo para

pensar fuera de las lógicas hegemónicas, donde pueden surgir resistencias y poderes subalternos: nuevas formas de pensar la sociedad, fuera de las estructuras jerárquicas y desde posturas no sometidas (Gargallo, 2008).

1.5.3.1 Selección de las/os entrevistadas/os

Para la selección de las personas a entrevistar se ha recurrido a la reconstrucción del proceso de la política estudiada (Capítulo III). Desde ahí, se ha definido una muestra intencional (de conveniencia o basada en criterios)²⁴, procurando integrar un enfoque interseccional y una mirada crítica respecto a las relaciones de poder que estructuran el discurso político. Los criterios para definir las personas a entrevistar han sido dos: i) participación en alguna organización gubernamental y/o de la sociedad civil que aborde el ámbito de la sexualidad y la reproducción; y ii) participación en organizaciones potencialmente interesadas en la temática desde una mirada de igualdad y no discriminación, y que no han sido visibilizadas dada las dinámicas de exclusión.

En primer lugar, se ha optado por entrevistar a personas que formaran parte de organizaciones –gubernamentales (a nivel nacional²⁵) y de la sociedad civil— vinculadas al ámbito de la salud sexual y reproductiva en Chile, pues se comprende que el discurso de las políticas públicas no sólo es moldeado por actores estatales, sino también por otros actores políticos. La intención fue tener una perspectiva amplia de cómo se ha desarrollado el diálogo al respecto y cuáles serían sus dinámicas de inclusión/exclusión. Entre los actores de la sociedad civil se han contemplado organizaciones no gubernamentales (ONGs), organismos académicos y organizaciones sociales²⁶. Estas últimas organizaciones, quizás más pequeñas, son contempladas dada su impacto a nivel local y, por su especificidad, suelen no ser consideradas para pensar las políticas públicas a nivel nacional.

A partir del trazado del proceso de la política, se han identificado las instituciones que “oficialmente” han estado presentes en el proceso de formulación de la política estudiada (como los Ministerios de Salud y Educación, el Instituto Chileno de Medicina

²⁴ Una muestra intencional es aquella que se selecciona siguiendo una serie de criterios, que se consideran altamente convenientes, de acuerdo a los objetivos de investigación (Patton, 1982; Martínez, 2006).

²⁵ Esta tesis indaga en la política pública a nivel nacional, por lo que principalmente se entrevista a representantes de organizaciones gubernamentales a nivel central (como Ministerios o Servicios Públicos), desatendiendo los niveles regionales, provinciales y comunales. Se toma esta decisión metodológica, puesto que Chile es un Estado unitario y altamente centralizado (SUBDERE, 2000), por lo que se entiende que no existirían mayores diferencias entre niveles. No obstante, no se descarta la importancia de realizar estudios futuros en esos niveles.

²⁶ Esta tesis diferencia entre organismos no gubernamentales (ONGs) y organizaciones sociales, con el propósito de no centrarse exclusivamente en aquellas organizaciones con mayor visibilidad, sino también en aquellas que operan desde un enfoque más territorial. Las ONGs serían aquellos organismos formalmente constituidos, a nivel local, nacional o internacional, que buscan mediar entre la ciudadanía y los gobiernos. En cambio, las organizaciones sociales son grupos de base comunitaria territorial (formalizados o no), que se ocupan de problemáticas específicas y/o locales (Dides, Benavente, Guajardo, Morán y Barriga, 2008b).

Reproductiva y el Servicio Nacional de la Mujer). Se han detectado, además, algunas organizaciones de la sociedad civil que han participado del debate (como Miles-Chile, la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir y la Coordinadora Universitaria por la Diversidad Sexual) y/o han promovido iniciativas al respecto, desde una perspectiva de género, feminista, de mujeres y/o de interseccionalidad (como organizaciones de mujeres indígenas, de mujeres inmigrantes y de mujeres en situación de discapacidad).

En segundo lugar, al entrevistar a personas miembros de organizaciones potencialmente interesadas en la política estudiada (desde una mirada de igualdad y no discriminación), se ha intentado profundizar el enfoque de interseccionalidad de género. Se ha buscado entrevistar a organizaciones (gubernamentales y de la sociedad civil) que además de trabajar el tema de la salud sexual y reproductiva articulasen en sus discursos más de uno de los ejes de exclusión priorizados por esta tesis. De este modo, se ha recurrido a organizaciones que: a) trabajen desde una perspectiva de género, feministas y/o de mujeres; b) reivindiquen los derechos de la población no-heterosexual; c) tengan como población objetivo grupos de escasos recursos y/o bajo nivel educativo; d) defiendan los derechos de la población indígena o inmigrante; e) trabajen con grupos poblacionales en función de la edad; f) reivindiquen los derechos de las personas con diversidad funcional; y/o g) se localicen en diversas regiones del país. En relación a este último aspecto, se ha priorizado la XV Región de Arica y Parinacota (zona norte), la V Región de Valparaíso (zona centro), la Región Metropolitana (región de la capital nacional) y la IX Región de La Araucanía (zona sur), dadas sus características geográficas y poblacionales, donde “clase social”, “raza/etnicidad” y “ubicación geográfica” se articulan de modo interesante.

Las tres regiones seleccionadas –a excepción de la Metropolitana, que fue elegida por tener como capital la capital nacional–, se encuentran entre las regiones más pobres del país y presentan los porcentajes más altos de población indígena y/o inmigrante. La XV Región de Arica y Parinacota (ubicada en el extremo norte) es una de las regiones más pobres de Chile, alcanzando un PIB-per-cápita de 5.884 dólares, el segundo más bajo después de la Región de La Araucanía²⁷. Esta región presenta índices de pobreza que exceden la media nacional, con un 17,8% de pobreza total. Además, el 31,5% de la población regional se identifica con alguna de las nueve etnias que reconoce la Ley

²⁷ González-Llaguno, Alejandro (2012). “Municipales: regiones ricas v/s regiones pobres”, *Observatorio Ciudadano*. Recuperado en: <http://www.observatorio.cl/2012/municipales-regiones-ricas-vs-pobres> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

Indígena, el 4,7% corresponde a población inmigrante²⁸ y el 4,7% a población afrodescendiente²⁹.

Por su parte, la V Región de Valparaíso se encuentra entre las regiones con los índices de pobreza más elevados (16,9%) y cuenta con un índice de desigualdad del 9,4% (Fundación Sol, 2012). Asimismo, el 7,2% de la población migrante nacional reside en esta región, siendo la tercera con mayor población inmigrante³⁰. Finalmente, la IX Región de la Araucanía es la más pobre del país, con un índice de pobreza del 22,9% y de desigualdad del 30% (Fundación Sol, 2012). Además, es la segunda región con mayor población indígena, después de la Metropolitana, con alrededor de 300 mil personas³¹.

Para la selección de la muestra se han identificado las posiciones sociales que hacen posible tener “un punto de vista” determinado, según criterios de homogeneidad y heterogeneidad plausibles de combinación (Canales y Peinado, 1996 en Cottet, 2013). Los criterios de homogeneidad consisten en el hecho de que las personas entrevistadas pertenezcan a organizaciones que se vinculen con la política de salud sexual y reproductiva y/o estén interesadas en promover modificaciones en ésta. Los criterios de heterogeneidad apuntan a que quienes formen parte de la muestra intencional representen a diferentes organizaciones (gubernamentales y de la sociedad civil), con diferentes perspectivas del debate y donde idealmente confluyan diversos ejes de exclusión definidos como relevantes para el desarrollo de esta tesis (género, etnicidad, clase social, orientación sexual, edad, diversidad funcional y ubicación geográfica). La heterogeneidad puede derivar de una experiencia moldeada por diferentes ejes de exclusión o bien por la pertenencia a una organización donde interese abordar estos ámbitos de segregación social. A partir de estos criterios, se ha entrevistado una muestra de 39 personas

²⁸ Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013*. Ministerio de Desarrollo Social – Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Recuperado en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

²⁹ INE (2013). *Primera Encuesta de Caracterización de la Población Afrodescendiente. Región de Arica y Parinacota*. Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Recuperado en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/informe_de_resultados_encuesta_de_caracterizacion_de_la_poblacion_afrodescendiente_de_la_region_de_arica_y_parinacota_2013.pdf (último acceso el 15 de diciembre 2015).

³⁰ Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013*. Ministerio de Desarrollo Social – Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Recuperado en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

³¹ Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013*. Ministerio de Desarrollo Social – Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Recuperado en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

vinculadas a la política estudiada (Anexo N°6), cuyos detalles se relatan en la siguiente sección³².

1.5.3.2 La realización de las entrevistas: pauta e informantes

Las entrevistas se han realizado entre los meses de junio y octubre del 2014³³. Se ha optado por desarrollar *entrevistas abiertas semi-dirigidas* con el propósito de establecer un diálogo que partiese de preguntas generales³⁴, para que las/os informantes pudieran abordar los aspectos que más les interesaran o que consideraran más relevantes. Esto se hizo con intención de permitir la emergencia de aspectos no esperados previamente, dar paso a la expresión de opiniones y profundizar en los acontecimientos, del proceso de la política, que las personas entrevistadas estimaran convenientes.

A partir del relato de las/os informantes, se comienzan a hacer preguntas más específicas, para alcanzar los objetivos de la investigación. Para la realización de las entrevistas se ha utilizado una pauta definida previamente (Anexo N°5). No obstante, ésta se ha usado de modo flexible –sin seguir un orden determinado—, de acuerdo a las características de las/os entrevistadas/os, sus organizaciones de procedencia, sus dudas, interpretaciones y narraciones particulares (Corbetta, 2007/2010). Esta pauta de entrevista ha contemplado los tres elementos del modelo de análisis³⁵ *visión de sociedad, concepción de sujeto y referente normativo*.

El ítem *visión de sociedad* ha buscado conocer la percepción que tienen las personas entrevistadas sobre tres aspectos: a) las dinámicas de exclusión/inclusión en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), y los actores que están (o deberían estar) presentes en el proceso de formulación de la política; b) la existencia de mecanismos de participación o diálogo entre Estado y actores de la sociedad civil, y si las personas entrevistadas los perciben como efectivos. Principalmente, ha interesado

³² Para la selección de las personas a entrevistar también se ha recurrido a la técnica de *muestro bola de nieve*. A partir de las primeras entrevistas, se pudo contactar con otras/os informantes vinculadas/os a la política estudiada (Beaud, 1983/2008).

³³ La totalidad de las entrevistas y los contactos previos (vía teléfono, correo electrónico y/o personalmente) fueron realizados por la investigadora. Cada informante pudo elegir el lugar donde ser entrevistada/o. Sólo se le solicitó la posibilidad de acceder a un lugar cómodo y silencioso, para no ser interrumpidas/os o distraídas/os con otras labores. Cada una de las entrevistas se registró mediante una grabadora de voz y apuntes escritos, lo que intentó rastrear los aspectos más relevantes aparecidos de cada reunión.

³⁴ La mayoría de las entrevistas fueron iniciadas a partir de la pregunta ¿Cómo se ha relacionado usted con la política de salud sexual y reproductiva y/o por qué está interesada en ésta?, y/o ¿cuál es su opinión sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile en los últimos 15 años?

³⁵ La realización de las entrevistas intentó comenzar explorando la *visión de sociedad*, ya que era uno de los aspectos más difíciles de sondear por otros medios (por ejemplo, con la revisión bibliográfica o el análisis de textos seleccionados). Como segunda prioridad, se abordó la *concepción de sujeto*, que también fue uno de los aspectos difíciles de rastrear a partir del análisis documental. Finalmente, se consulta sobre el *referente normativo* de la política, pues este elemento fue trabajado en profundidad en el análisis de textos. Aquí, la entrevista sólo tiene un carácter complementario. Sólo se destinó más tiempo a este aspecto cuando se observó que aparecía nueva información.

conocer si las/os informantes, desde su visión particular y/o su pertenencia a determinada organización, consideran que sus demandas están siendo incluidas en el debate, en qué instancia de diálogo está participando (o ha participado) su organización y si están satisfechas/os con los mecanismos de participación propuestos por los gobiernos; y c) si las/os entrevistados/as se visualizan como actores claves en la formulación de la política estudiada, y en qué medida creen que el planteamiento de ésta los visualiza como agentes activos de cambio social (o como actores políticos).

En el apartado *concepción de sujeto* se ha intentado conocer las percepciones de las personas entrevistadas sobre cuál es el sujeto o población objetivo de la política analizada en términos de agencia e interseccionalidad. Este ítem hace referencia a cuatro aspectos: a) qué características tiene la población objetivo de la política; b) a quiénes integra y a quiénes deja fuera la política en cuestión; c) si las/os informantes, desde su aproximación particular (su organización y su bagaje experiencial), consideran que los sujetos definidos como distintos (mujeres, niños y niñas, adultos mayores, indígenas, entre otros) son incluidos en la formulación de la política; y d) de qué manera esta política concibe (o no) un sujeto interseccional.

Finalmente, el ítem *referente normativo* ha intentado indagar en las percepciones sobre los principios morales que orientan la definición de problemas y soluciones en el marco de la política. Se ha apuntado a conocer si las/os entrevistadas/os consideran que estas orientaciones político-ideológicas buscan responder a las necesidades y demandas de grupos diversos.

La realización de la entrevista se ha organizado en cuatro bloques (Valles, 2007): i) *Contextualización*, donde se recuerda brevemente a la/el entrevistada/o el propósito de la investigación y por qué ha sido elegida/o; ii) *Presentación*, para abrir el diálogo se pide a cada informante que se presente y comente cómo y por qué se ha interesado por la política estudiada. A partir de esto, se van realizando preguntas específicas sobre los ejes visión de sociedad, concepción de sujeto y referente normativo; iii) *Desarrollo*, donde se han realizado las preguntas vinculadas a los tres elementos del modelo conceptual propuesto; y iv) *Cierre*, donde se le pide a las/os informantes que describan los principales elementos que debiese contemplar una política de salud sexual y reproductiva que aspire a ser inclusiva. La intención fue dar pie a que se hiciera referencia a aspectos no contemplados anteriormente y que pudiesen ser importantes para la investigación.

En total, se han realizado 33 entrevistas (contando con la participación de 39 informantes³⁶). Entre ellos/as se encuentran: 14 profesionales de organizaciones gubernamentales, vinculadas/os al Ministerio de Educación (MINEDUC) (2), al Ministerio de Salud (MINSAL) (3), al Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) (3), al Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) (3), a la Comisión Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) (1), al Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (1) y al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (1); 8 representantes de organismos académicos (de la Universidad de Chile, el Observatorio de Género y Salud, el Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, y el Instituto de Medicina Reproductiva); y 17 representantes de organizaciones sociales y ONGs (Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, Línea Aborto Libre, Fundación Iguales, Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, Red de Mujeres Mapuche Santiago, Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual y ONG de Investigación, Formación y Estudios de la Mujer, entre otras)³⁷.

Las 33 entrevistas conforman una muestra de miembros de organizaciones vinculadas a: la salud (12), la salud sexual y reproductiva (7), la religión³⁸ (2), la educación (8), la educación sexual (8), la regulación de la fertilidad (9), las mujeres (4), el género (21), el feminismo (15)³⁹, la diversidad sexual (7), la discapacidad (4), la edad (5), la población indígena (6), la comunidad afrodescendiente (1) y la inmigración (1) (Anexo N°6). Cabe recordar que la selección de informantes buscó integrar un enfoque interseccional, por ello cada entrevistada/o ha sido categorizada/o en más de un ámbito. Asimismo, no hay una proporción equilibrada entre tipos de organizaciones y/o ámbitos de competencia,

³⁶ Se han realizado 30 entrevistas individuales y tres colectivas (una con cuatro integrantes, una con dos y la tercera con tres personas). Las entrevistas de más de una persona han sido realizadas de esta manera por solicitud de las/os entrevistadas/os.

³⁷ La realización de entrevistas no ha buscado la extrapolación de resultados ni la saturación teórica, sino dar cuenta de diferentes posicionamientos del debate (principalmente aquellos difíciles de pesquisar a través del análisis de textos). La intención fue realizar la mayor cantidad de entrevistas durante el tiempo destinado al trabajo de campo (4 meses), de acuerdo a los criterios establecidos (Sección 1.5.3.1).

³⁸ Si bien la religión no fue priorizada como un eje de exclusión en el contexto de esta tesis, se incluyeron dos entrevistadas vinculadas a organizaciones de mujeres que integran un discurso asociado a la iglesia católica. Se ha tomado esta decisión dada la influencia que ha tenido el catolicismo en el proceso de la política estudiada.

³⁹ Se establece la diferenciación entre miembros de organizaciones que trabajan con *mujeres*, desde un enfoque *de género* y desde una propuesta *feminista*. Esta distinción se propone para diferenciar a aquellos organismos que: i) trabajan con mujeres sin necesariamente hacerlo desde la igualdad de género (*mujeres*) (como ISFEM, que se plantea crítica al feminismo y al género); ii) abordan el género desde una visión más institucionalizada y/o académica, que no implica necesariamente una identificación con el feminismo (*género*); y iii) plantean su acción explícitamente desde el activismo feminista (*feminismo*). Esta diferenciación no pretende dicotomizar el “feminismo institucionalizado” y el “activismo feminista”, sino sólo aclarar los énfasis de cada entrevistada/o. En algunas oportunidades el *género* confluía con el *feminismo* (por ejemplo, profesionales de ministerios u organizaciones académicas que se plantean como feministas); o el *género* coincidía con el trabajo con *mujeres*, sin necesidad de plantearse desde el feminismo (por ejemplo, entrevistadas vinculadas al activismo de mujeres indígenas, que validaban la noción de género desde centros académicos y tienen un trabajo paralelo en organizaciones de mujeres, sin plantearse desde el feminismo). Esta clasificación analítica también se hizo en función del lenguaje y la autoidentificación de cada entrevistada.

pues las entrevistas han intentado acceder a aquellos discursos menos visibilizados y/o que han sido difíciles de pesquisar a través de la selección de texto a analizar⁴⁰. En promedio, las entrevistas han tenido una duración de 45 minutos.

1.5.3.3 Análisis de las entrevistas

Después de la recolección de la información, se ha procedido a la transcripción de las entrevistas⁴¹, que fue devuelta a cada entrevistada/o vía correo electrónico. Cada informante tuvo la oportunidad de revisar su relato y hacer las correcciones u aclaraciones que estimara convenientes. Posteriormente, se les ha solicitado firmar un consentimiento informado, para asegurar que la persona comprendía en qué contexto se desarrollaba la entrevista y que estaban conforme con el uso de la información proporcionada en el contexto de la tesis⁴². Una vez cumplido esto, se ha procedido al análisis de las entrevistas, mediante un *análisis temático del discurso* (análisis de contenido), con el propósito de extraer la variabilidad de posicionamientos frente a la política estudiada (Baeza, 2002). El análisis ha consistido en la extracción y la clasificación de fragmentos del discurso de las personas entrevistadas, en base a dos mallas temáticas, para identificar tópicos comunes y coherencias en los relatos de las/os informantes.

La primera malla fue diseñada de acuerdo a los ejes centrales de la investigación y ha buscado pesquisar las referencias de las personas entrevistadas sobre los tres elementos que componen el modelo analítico propuesto por esta tesis –la *visión de sociedad*, la *concepción de sujeto* y el *referente normativo*—, poniendo especial énfasis en los primeros dos aspectos. Por otro lado, el segundo análisis se construye a partir de los temas que las/os entrevistadas/os han definido como relevantes en su relato. El primer análisis se define *a priori*, en base a los objetivos de la tesis, y el segundo es construido a partir de la narración de cada informante, lo que ha buscado atender a temas relevados por cada entrevistada/o y dar cabida a los contenidos emergentes de cada encuentro (por ejemplo, la identificación de causas y/o efectos de determinados asuntos), para luego organizarlo en ejes temáticos y establecer elementos comunes entre las/os entrevistadas/os (Andréu, 2000; Capella, 2013).

⁴⁰ Los textos provenientes de actores de los movimientos sociales fueron difíciles de pesquisar (como del movimiento feminista o de mujeres indígenas). No por su escasez, sino por su extensión (en general, no exceden un folio), su nivel de difusión (no siempre trascienden sus círculos locales o temáticos) y sus características (no siempre definen problemas y soluciones a abordar).

⁴¹ Más de la mitad del total de entrevistas (19) fueron transcritas por la investigadora y el resto (14) fueron transcritas por otras personas. No obstante, todas las versiones enviadas a las/os entrevistadas/os fueron revisadas y remitidas por la investigadora.

⁴² Cada entrevistada/o ha firmado un consentimiento informado, a excepción de dos personas que no podían hacerlo, dada su diversidad funcional. De este modo, se cuenta con 37 cartas de consentimiento firmadas.

1.6 Estructura de la tesis

Habiendo hecho un recorrido general por los principales elementos que componen esta tesis, se pasa a describir su estructura. Este documento se organiza en siete capítulos, incluido el presente. El capítulo II expone el marco teórico que sustenta esta tesis y el modelo analítico que ésta propone. El capítulo III aborda la reconstrucción del proceso de la política estudiada hasta la actualidad. Los capítulos IV, V y VI dan cuenta del análisis empírico de esta investigación y el capítulo VII las conclusiones. Este primer capítulo introduce a los propósitos de este estudio –preguntas, objetivos e hipótesis— y argumenta la importancia de analizar la política de salud sexual y reproductiva en Chile y su noción de inclusión social, desde una perspectiva de género en interacción con otros ejes de exclusión. Asimismo, se describen los principales constructos teóricos y metodológicos que sientan las bases de esta tesis.

El capítulo II aborda el marco teórico conceptual que sustenta esta tesis y el modelo analítico propuesto por ésta, a partir de cinco apartados, que aluden a: i) la importancia de abordar la dimensión ético-normativa de las políticas públicas; ii) los actuales debates sobre inclusión y exclusión social, donde se explica por qué se opta por hablar de procesos de inclusión/exclusión y cómo esta noción adquiere relevancia en el ámbito de las políticas públicas; iii) las contribuciones feministas a la discusión sobre inclusión/exclusión social en el ámbito de las políticas, como las críticas feministas a las teorías éticas universalistas y al sujeto universal moderno, la teoría feminista de la interseccionalidad, la noción de colonialidad de género, las críticas feministas al Estado y la importancia del diálogo Estado-sociedad civil; iv) el debate sobre la sexualidad entendida como un dispositivo de poder y un campo de disputa; y v) la descripción del modelo analítico propuesto.

El capítulo III reconstruye el proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, reconociendo tanto las iniciativas gubernamentales como las impulsadas desde la sociedad civil, pues ésta última ha tenido un rol importante en estos asuntos. Esta sección se divide en dos grandes apartados. El primero identifica los actores que han sido parte del debate que da origen a la política estudiada; y el segundo describe los principales hitos de la política en cuestión, especialmente en los ámbitos de la regulación de la fertilidad y la educación sexual, a partir de los cuatro gobiernos presentes entre los años 2000 y 2015.

Los capítulos IV, V y VI exponen el análisis empírico de la investigación. El capítulo IV se relaciona al análisis crítico de marcos interpretativos realizado sobre los 40 documentos seleccionados, a partir de la reconstrucción del proceso de la política estudiada. Este capítulo fue complementado, además, con parte del análisis a las 33 entrevistas desarrolladas, dado que se han hallado ciertas analogías entre algunos marcos

y el discurso de algunas/os entrevistadas/os. Esto se hizo con el propósito de dar mayor sustento a la descripción de cada marco interpretativo. El capítulo describe los cinco marcos interpretativos que se han identificado en el análisis de la política estudiada, a saber: i) *Asunto de salud pública*; ii) *Formación en valores tradicionales*; iii) *Enfoque pedagógico*; iv) *Derechos sexuales y reproductivos*; y v) *Autonomía, sexualidad y placer*. Asimismo, se presenta brevemente cuál sería la noción de inclusión social planteada por cada marco descrito.

El capítulo V expone un análisis sobre la noción de inclusión social que subyace a la política estudiada, en base a los tres elementos que forman parte del modelo conceptual propuesto por esta tesis: i) el referente normativo, ii) la visión de sociedad; y iii) la concepción de sujeto. El capítulo retoma parte del análisis de marcos interpretativos desarrollado anteriormente e integra el análisis de las entrevistas realizadas a actores gubernamentales y de la sociedad civil, que han estado presentes y/o interesados en el debate sobre la política. Con base al análisis empírico realizado, puede afirmarse que la política de salud sexual y reproductiva chilena propone una noción de inclusión social que tiende a un ideal normativo de asimilación, al plantear referentes normativos particularistas, una visión de sociedad jerárquica y una concepción de sujeto que se mueve entre lógicas universales y múltiples.

El capítulo VI, el último del análisis empírico, hace un recorrido general por los cuatro gobiernos presentes entre los años 2000 y 2015, pues fue posible identificar algunas rupturas y continuidades en el discurso de cada mandato presidencial, lo que ha repercutido en la noción de inclusión social exhibida por la política. Este análisis surge a partir de la reconstrucción del proceso de la política (Capítulo III), en base a la revisión de fuentes secundarias, y al análisis de las entrevistas realizadas a actores gubernamentales y de la sociedad civil. Con esta mirada general, se finaliza el análisis empírico y se abordan algunas de las principales limitaciones para que la política pueda ser concebida desde una propuesta de inclusión social pluralista.

Finalmente, el capítulo VII trata las principales conclusiones que se desprenden de esta tesis, destacando sus contribuciones y limitaciones —a nivel teórico y metodológico—, sus implicaciones políticas y las posibles líneas de investigación que podrían continuarse en el futuro.

CAPÍTULO II:

EL DEBATE SOBRE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SEXUALIDAD

2.1 Introducción

Al estudiar la propuesta de inclusión social de las políticas públicas, se indaga en la normatividad que éstas guardan: se aborda su dimensión ética. Esta dimensión toma especial importancia en las políticas públicas sobre sexualidad, pues la sexualidad concierne a diferentes aspectos de la vida de las personas, incluidas sus creencias, sus valores morales y su ejercicio de autonomía. De modo que las normatividades instaladas en el discurso de estas políticas, implícita y/o explícitamente, impactan en las prácticas y decisiones particulares de las personas. Por esta razón es que interesa dilucidar la representación de la inclusión social de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015). En esta línea, el presente capítulo ahonda en el marco teórico que sustenta esta tesis –y que da origen al modelo de análisis propuesto–, el que está inspirado en aportes de la teoría feminista.

Para favorecer la exposición de los argumentos, el capítulo se divide en cinco apartados, además de esta sección introductoria. El primero aborda brevemente la importancia de indagar en la dimensión ética de las políticas públicas, sobre todo en aquellas que competen al ámbito de la sexualidad. El segundo apartado presenta parte del debate actual sobre los conceptos de inclusión y exclusión social, para explicar por qué se habla de *procesos de inclusión/exclusión* y por qué este concepto adquiere relevancia en el ámbito de las políticas públicas.

La tercera sección expone algunas de las contribuciones feministas útiles de articular con los debates sobre inclusión/exclusión social en el ámbito de las políticas públicas. Entre los diversos aportes, se rescatan aquellos que han sido críticos del proyecto *moderno/colonial*, que evidencian cómo este ideario –al sustentarse sobre una noción de “sujeto universal” y la definición de categorías universales (y universalizables) –, ha dado paso a relaciones de dominación, a una negación de la pluralidad y a complejos procesos de exclusión. En primera instancia, se abordan las principales críticas feministas a las teorías éticas universalistas, que permiten repensar el análisis de la dimensión normativa de las políticas. Posteriormente, se tratan tres planteamientos de la teoría feminista que son de interés para la teoría política y el análisis de las políticas públicas, a saber: i) la evidencia de que las representaciones sociales asumidas como universales (por ejemplo, Democracia, Ciudadanía e Inclusión social) encubren relaciones de dominación;

ii) la teoría feminista de la interseccionalidad, que propone pensar un *sujeto situado* que es moldeado por una matriz de poder múltiple e imbricada, y su relevancia para el análisis de las políticas públicas; y iii) a partir de la noción de *Colonialidad del género*, ligada al debate sobre la interseccionalidad, se argumenta cómo el Estado suele reproducir determinadas relaciones de dominación al actuar como si éstas no existieran. Se muestra, además, cómo el diálogo entre Estado y sociedad civil –bajo lógicas pluralistas— podría contribuir a subvertir los discursos y dinámicas de exclusión en el contexto de las políticas públicas.

El cuarto apartado trata el debate sobre la sexualidad entendida como un dispositivo de poder y un campo de disputa discursiva. Se retoman algunos argumentos, incluido los debates feministas, que permiten comprender la sexualidad como una construcción social normativa en la que median determinadas relaciones de poder, que permiten que ciertas representaciones de la sexualidad emerjan como hegemónicas y otras como subalternizadas. Así, se vincula este debate con la teoría feminista de la interseccionalidad y se explica cómo el Estado tiende a reforzar concepciones esencialistas que ligan la sexualidad a la heteronorma y a la función reproductiva. Finalmente, esta sección esboza parte de la discusión sobre la sexualidad en el ámbito de las políticas pública en América Latina.

El quinto apartado expone el modelo de análisis propuesto por esta tesis, que busca indagar en la noción de inclusión social que sugieren las políticas públicas. A partir del desarrollo teórico esbozado en el capítulo, se presentan los elementos que componen el modelo: el *referente normativo*, la *visión de sociedad* y la *concepción de sujeto*. Se argumenta, además, por qué interesa reparar en esos tres aspectos para estudiar el concepto de inclusión social, cómo se integra un enfoque interseccional y qué ejes de exclusión⁴³ son importantes de considerar para el caso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile. El capítulo cierra con algunas conclusiones que retoman los principales argumentos abordados a lo largo del capítulo.

2.2 La importancia de estudiar la dimensión ética de las políticas públicas

Las políticas públicas son entendidas como procesos de decisión, que involucran acciones e inacciones a nivel gubernamental, orientadas a la solución de situaciones que se consideran problemáticas, planteando una relación específica entre el poder público y la sociedad para ello. A las representaciones sobre problemas y soluciones subyacen valores y normas sociales específicas, por lo que las políticas públicas no sólo competen a un

⁴³ Los ejes de exclusión aluden a las formas de poder y las estructuras de dominación validadas socialmente, que se sustentan en la construcción social de una diferencia (de raza, sexo, género, funcionalidad, etc.) que se valora negativamente, dando paso a procesos de inferiorización y marginación (Brah 1996/2011; Van Dijk, 2009).

ámbito técnico, sino también a un ámbito ético-normativo (Anderson, 1975, 2006; Dye, 1981; Jobert, 2004; Kraft y Furlong, 2006; Subirats, *et al*, 2008; Bacchi, 2009; Miranda, 2009; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). La dimensión ética habla del *deber ser* propuesto por las políticas públicas: qué asuntos son necesarios de atender, qué fines perseguir y cómo alcanzarlos, quiénes pueden dialogar/decidir sobre estos asuntos, para quiénes se piensan estas intervenciones, entre otros. Así, las políticas implícita o explícitamente plantean la inclusión o exclusión de determinadas categorías de personas dentro de la comunidad política, lo que contribuye a la definición de los asuntos y sujetos considerados dignos de la acción del Estado y la deliberación pública (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011:32).

Desde un enfoque constructivista, las políticas públicas aluden a un diálogo inacabado del que hacen parte diversos actores —con diferentes apuestas ético-políticas y representaciones de la realidad social—, entre los cuales median relaciones de asimetría, a partir de una estructura de poder determinada. Esto provoca que algunas interpretaciones sean incluidas en la agenda política —en torno a las que finalmente se debate, legisla y actúa— y otras, por el contrario, queden excluidas (Bacchi, 1999). De este modo, las políticas pueden contribuir tanto a reproducir (o reforzar) como transformar las dinámicas de exclusión que las cruzan, dependiendo de la visibilidad de estas interacciones desiguales y la generación de acciones dirigidas a revertirlas. Ante esto, cabe preguntarse por el contenido normativo de las políticas y si éste responde a escenarios sociales plurales, donde una diversidad de sujetos demanda reconocimiento y suelen no estar en igualdad de condiciones para participar en el debate público (Jobert, 2004; Fraser, 2006; Miranda, 2009). En este escenario, las lógicas de control jerárquico desde el Estado pierden efectividad, por lo que es pertinente interpelar las dinámicas relacionales y la normatividad propuestas por las políticas públicas (Miranda, 2009).

Con qué nociones de inclusión social operan las políticas públicas, a quiénes integran, a quiénes excluyen y de qué modo, son aspectos que no siempre están del todo claros. Por ello interesa problematizar la dimensión ética de las políticas, para comprender las concepciones de inclusión social que éstas, implícita o explícitamente, proponen. Las lógicas éticas universalistas parecen no ser suficiente para abordar estos asuntos, pues suelen perder de vista “la particularidad” y, con ello, las estructuras de poder que vertebran las sociedades y las relaciones sociales. La teoría feminista ha generado importantes contribuciones al evidenciar cómo la retórica de la democracia liberal ha propuesto, implícitamente, un *sujeto universal* (hombre, adulto, heterosexual, burgués, occidental-blanco) que impone relaciones sociales asimétricas, dando origen a estructuras de poder y dinámicas de exclusión específicas (Young, 1990/2000; Fraser, 1990, 2006; Brah, 1996/2011; Martínez-Bascuñán, 2011). La teoría feminista, además, ha mostrado

cómo el *sistema categorial dicotómico* (femenino/masculino, público/privado, productivo/reproductivo), propuesto por el pensamiento *colonial/moderno* y mantenido por las democracias liberales, ha saturado la teoría social y política en Occidente. Lo que hace de la esfera pública un espacio de exclusión para aquellas/os definidas/os como “otras/os”, por ejemplo, las mujeres, las/os indígenas y las/os inmigrantes (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Tzul-tzul, 2008; Lugones, 2012).

Al situar estas reflexiones en el campo de la sexualidad y la reproducción estos argumentos se tornan más interesantes y, a la vez, más problemáticos. No sólo porque estas construcciones han tenido como propósito controlar el cuerpo de las mujeres (Millet, 1975/1997; MacKinnon; 1982; Barry, 2005), sino porque la normatividad puesta en juego en las políticas públicas en estos ámbitos tiene repercusiones directas en la “intimidad” de las personas, ya sea restringiendo o garantizando libertades, integrando o excluyendo. Dada la importancia de cuestionar la dimensión ética de las políticas públicas sobre sexualidad y sus representaciones de inclusión, en la siguiente sección se aborda parte del debate sobre exclusión social.

2.3 El debate sobre inclusión/exclusión social

El concepto de inclusión social ha sido escasamente trabajado a nivel teórico por las ciencias sociales. En Occidente, el foco del debate ha estado en la exclusión social. Por ello para hablar de inclusión es necesario abordar esta extensa discusión. No sólo porque la exclusión sea la contraparte de la inclusión, sino porque si dilucidamos qué es la exclusión (o cuál sería el problema), podríamos consensuar a qué inclusión aspiramos o hacia dónde deberían apuntar las políticas públicas que pretendan ser inclusivas (Bacchi, 2009).

Desde que surge la noción de *exclusión social*, ésta ha suscitado interés en diversas partes del mundo, tanto por investigadoras/es como por diferentes actores políticos (Rojas, 2012). Sin embargo, parece no existir consenso ni una definición “oficial” que permita comprender de qué hablamos cuando nos referimos al término y, por consiguiente, qué entendemos por sociedades inclusivas. Esta situación es paradójica, pues la inclusión y la exclusión social parecen ganar terreno en el discurso de los organismos internacionales y los Estados, pero éstas parecen diluirse en términos sustantivos, pues no queda claro a qué se alude con la inclusión social. Por esta razón, a continuación se repasa parte del debate actual sobre exclusión social (controversias y consensos), para luego argumentar por qué es conveniente hablar de *procesos de inclusión/exclusión* más que inclusión o exclusión social como definición absoluta, y por qué interesa indagar en esta noción en el ámbito de las políticas públicas.

2.3.1 La expansión del concepto de exclusión social y sus controversias

El debate sobre la exclusión social es relativamente nuevo⁴⁴, aunque como realidad social se inscribe en la extensa trayectoria histórica de las desigualdades sociales (Subirats, Gomá y Brugué, 2005). En esta discusión se reconocen dos vertientes: una ligada a su origen francés, que vincula la exclusión con un debilitamiento del lazo social; y otra, en un sentido más inglés, que la concibe como una suma de situaciones de privación o pobreza que se suponen son, en sí mismas, componentes y causas de ésta (Béland, 2007; Rojas, 2012). A diferencia de la propuesta anglosajona, la exclusión social asociada a su origen francés no se centra en la pobreza, sino en los factores que debilitan el sentido de pertenencia, de ciertos sujetos, a determinada sociedad. No se trata, entonces, de una perspectiva vertical (arriba/abajo) o de clase (pobres/ricos, burgueses/proletarios) —que caracterizó la estratificación de sociedades industriales—, sino horizontal, de “estar dentro” o “estar fuera” (Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Fraser, 2006; Rojas, 2012).

Si bien el concepto de exclusión social surge en los años 60, es en la década de los 80 cuando éste adquiere importancia en la Comunidad Europea, desde donde se extiende rápidamente a los Estados miembros y a organismos internacionales, como las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y el Banco Mundial (Estivill, 2003; Silver & Miller, 2003; Mathieson, *et al.*, 2008; Rojas, 2012)⁴⁵. No obstante, esta noción parece ser una “caja vacía” que ha dado pie a diversos estudios y tratados (Murard, 2002). Incluso hay autores que plantean que el tránsito discursivo, de la noción de pobreza a la de exclusión social, tiene una intención política, pues esquivo el conflictivo debate sobre la (re)distribución de la riqueza. La inclusión social no generaría temores y sería aceptada por una amplia gama de posiciones políticas (Estivill, 2003).

Esta modificación en el discurso se ha relacionado con la expansión de la ideología neoliberal y una cultura individualista, lo que despolitiza la discusión al desvincular la exclusión social de las estructuras de desigualdad que proponen las sociedades actuales. Se afirma, además, que la terminología de la *exclusión social* ha sido útil para marginar otras posibilidades discursivas en el debate público, por ejemplo, aquellas que apelan a la transformación del *status quo* (Estivill, 2003; Levitas, 2005; Béland, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008; Jones, 2011/2013). Esto hace de la exclusión social no sólo un término disputado conceptualmente, sino también políticamente. Al amparo de estas controversias

⁴⁴ El concepto surge en Francia en los años 60 (Estivill, 2003; Béland, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008; Rojas, 2012). Éste fue utilizado por primera vez en un informe del Comisario General del Plan Pierre Massé (1964). Posteriormente, en 1974, éste se consagró en un libro publicado por René Lenoir, Secretario de Estado para la Acción Social del gobierno gaullista francés, titulado *Les exclus: Un Français sur dix* (Rojas, 2012).

⁴⁵ El concepto de exclusión social no logró implantarse en Estados Unidos ni en Asia y su presencia ha sido muy limitada en África y América Latina (Rojas, 2012).

y ante la necesidad de darle mayor precisión y rigor conceptual a la exclusión social, se observan ciertos consensos al interior del debate.

2.3.2 Algunos consensos sobre el concepto de exclusión social

Para dar mayor precisión al concepto, se ha consensuado que la exclusión alude a un *proceso dinámico, multidimensional y relacional*, en el que coinciden –reforzándose mutuamente— una serie de situaciones de privación y exclusión que empuja a los individuos al margen de la sociedad, lo que amenaza su vínculo con la comunidad (Marco Fabre, 2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Levitas, *et al.*, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008; Popay, *et al.*, 2008).

El *carácter dinámico* de la exclusión social radicaría en su escasa estabilidad en el tiempo. Por ello se piensa más como un proceso (o conjunto de procesos) que una situación invariable. Este proceso puede adquirir diversas intensidades, afectando de manera cambiante a personas y colectivos, a partir de las modificaciones que éstos puedan sufrir en los aspectos que les hacen más o menos vulnerables a dinámicas de marginación (como enfermedades, rupturas familiares, desempleo y cambios de residencia). Con esto, se descartan nociones binarias (incluido o excluido) para plantear un *continuum* inclusión-exclusión por el que se desplazan los sujetos y colectivos en ambos sentidos. Las situaciones de exclusión pasan por un itinerario largo y complejo, de fronteras móviles y fluidas, entre zonas (o fases) de integración hacia zonas que podrían ser reconocidas como de precariedad, vulnerabilidad y marginación hasta la exclusión misma (*deep exclusion*) (Hills, 1999; Marco Fabre, 2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Levitas, *et al.*, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008).

La exclusión social, además, es un fenómeno *multidimensional y multicausal*, que compete a diversas dimensiones de la realidad social (económica, estructural, sociocultural, etc.), y está “formado por la articulación de un cúmulo de circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente interrelacionadas” (Subirats, Gomá y Brugué, 2005:13). La exclusión social no admite definiciones segmentadas ni tratamientos unidimensionales. Son diversos factores los que intervienen en su surgimiento (causas) y ésta tiene diferentes manifestaciones (efectos). Así, la exclusión social, como problema público, requiere abordajes integrales y transversales (Marco Fabre, 2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Levitas, *et al.*, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008). Al existir diferentes manifestaciones de la exclusión, éstas no pueden ser homologadas, aunque personas y grupos compartan características similares. Por ello, es necesario estudiar la diversidad interna de los colectivos (limitaciones, potencialidades, características, trayectorias de exclusión, etc.), para su adecuada intervención e incorporación diferenciada en sus contextos de referencia (Bel Adell, 2002:10).

Finalmente, se destaca que la exclusión social es producto de un *proceso relacional*, moldeado por una *estructura de poder* determinada, no un fenómeno individual. Esto supone un proceso social generado activamente por “agentes excluyentes” (*excluders*), entre los que se encuentran instituciones, políticas y discursos de exclusión (Sen, 2000; Marco Fabre, 2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Silver, 2007; Laparra, *et al.*, 2007; Popay, *et al.*, 2008; Mathieson, *et al.*, 2008; Rojas, 2012). Los hechos relacionales juegan un papel importante en la marginación de sujetos y grupos de determinadas dinámicas sociales (bienes, servicios, participación, incidencia, reconocimiento, etc.). Las relaciones sociales asimétricas dan origen a lógicas de exclusión y éstas se cristalizan en estructuras, discursos e instituciones que las (re)producen. La exclusión como fenómeno está inscrita en actos y decisiones de una red de agentes, de modo que estructura y agencia se combinan en las raíces de la exclusión de forma específica, en lugares y tiempos concretos (Subirats, Gomá y Brugué, 2005).

Por otro lado, hay autoras/es que afirman que para estudiar la exclusión social es importante considerar los procesos por los que la integración social se produce, los que competen a tres niveles: *estructural, institucional e individual/colectivo* (Laparra, *et al.*, 2007:18-20). El nivel *estructural* alude a los procesos de estructuración en constante estado de transformación, que prefiguran los límites de determinados modelos de sociedad para integrar a sus miembros. Con esto se destaca que no todas las sociedades tienen la misma estructura de exclusión ni la misma capacidad integradora, por lo que las sociedades con tendencias más exclusógenas debiesen ser afrontadas con políticas de integración más innovadoras⁴⁶.

El nivel *institucional, político e ideológico* evidencia que la correlación de fuerzas entre distintos actores se expresa en la extensión de determinadas ideologías (racismo, elitismo, machismo, etc.) que se plasman en intervenciones institucionales. Este nivel de análisis trata de abordar qué decisiones políticas e institucionales se están adoptando a nivel nacional y local, y qué efectos tendrán éstas sobre la integración social de las personas y grupos excluidos.

Finalmente, el nivel *individual y colectivo* hace referencia a los comportamientos, actitudes, valores, capacidades, creencias y estrategias particulares, de personas y grupos, frente a las vivencias concretas de exclusión social. Este despliegue permitiría explicar

⁴⁶ Cabe destacar que las transformaciones sociales a nivel global (económicas, demográficas y tecnológicas), aunque modelan parte fundamental de los factores de exclusión, no son suficientes para entender qué sucede con la integración a escala nacional y local (Laparra, *et al.*, 2007:18). Por esta razón, es pertinente indagar en las estructuras de exclusión en contextos locales, pues cada sociedad presenta sus propios umbrales de inclusión (Subirats, Gomá y Brugué, 2005).

por qué, partiendo de las mismas condiciones sociales, el resultado final no es el mismo en todos los casos en un mismo grupo social. Teniendo en cuenta estos elementos, en la siguiente sección se plantea una conceptualización de inclusión social que puede ser útil para en ámbito de las políticas públicas.

2.3.3 Inclusión/exclusión social: una conceptualización útil para las políticas públicas

En base a lo revisado previamente, resulta interesante la propuesta de Jennie Popay y otras/os autoras/es (2008:36), quienes definen la exclusión social como *procesos dinámicos y multidimensionales determinados por relaciones de poder*, que operan e interactúan a partir de cuatro dimensiones (cultural, económica, política y social) y en diferentes niveles (individual, grupal, familiar, comunitario, nacional y regional). Los procesos de exclusión constituirían inequidades, mediante la creación de un *continuo inclusión/exclusión*, que se caracteriza por una *distribución injusta* de los recursos, las capacidades y los derechos para satisfacer necesidades sociales básicas; activar los sistemas sociales de participación y cohesión social; valorar la diversidad; garantizar la paz y los derechos humanos; y preservar los sistemas ambientales.

De acuerdo con lo anterior, esta tesis comprende la inclusión social siempre en relación a su contraparte, pues ésta no puede representarse en términos absolutos, sino como un *continuum*. Por ello se habla de procesos de *inclusión/exclusión social*, que no sólo se visualizan ligado a estados de privación o pobreza, sino que se subraya la importancia del vínculo social y de la existencia de coordenadas básicas de integración. La *inclusión/exclusión social* sería, entonces, un proceso dinámico de ruptura/fortalecimiento multidimensional de las relaciones sociales (dadas por sistemas de poder específicos), que vincula a determinados sujetos y colectivos con la sociedad (sus prácticas e instituciones representativas). A partir de esto, sería posible la plena participación en las actividades normativas, el acceso a la información y los recursos, el reconocimiento social y la garantía de derechos asumidos como inalienables (Silver, 2007; Levitas, *et al.*, 2007; Popay, *et al.*, 2008; Mathieson, *et al.*, 2008).

Esta tesis aborda la *dimensión institucional o política* de la exclusión/inclusión social para el análisis de las políticas públicas. Este análisis indaga en las estructuras de poder que son reproducidas por el Estado y que limitan la participación de determinados sujetos o colectivos (sus representaciones, demandas, necesidades y sistemas de valores) en el proceso de formulación de las políticas. Para afinar esta comprensión, se integra la propuesta de Nancy Fraser (2006) sobre cómo repensar la justicia social en base a criterios de redistribución y reconocimiento. De modo que la inclusión social apuntaría a la generación de mecanismos que permitan que diversos sujetos y grupos sociales sean parte

del proceso de las políticas públicas, es decir: se beneficien de los bienes y servicios de la política (*redistribución*); y sean reconocidos como actores políticos (como “iguales”) para participar en el debate público (*reconocimiento*). Hay grupos que se ven afectados tanto por una desigual redistribución, como por una falta de reconocimiento (por ejemplo, grupos racializados, mujeres, personas en situación de discapacidad y diversidades sexuales). La falta de reconocimiento social y político genera, también, que las necesidades y demandas de determinados grupos sociales sean invisibilizadas y desatendidas por las políticas de Estado. Ejemplo de esto es la desatención de la salud sexual de mujeres lesbianas en el sistema público y la exclusión de personas en situación de discapacidad de los programas de educación sexual.

En las sociedades actuales, caracterizadas por un marcado pluralismo, la sociedad civil no sólo presenta demandas de redistribución, sino también por su reconocimiento y participación en diferentes niveles (Fraser, 2006; Miranda, 2011; Martínez-Bascuñán, 2011). Así, redistribución, reconocimiento y participación son asuntos que competen a la inclusión social. Lo que requiere de la intención expresa y activa por parte del Estado y de los diferentes actores políticos, pues las políticas públicas pueden tanto reproducir las dinámicas de exclusión/inclusión como revertirlas. Junto a los aportes de Fraser (2006), hay otras contribuciones de la teoría feministas que son pertinente de integrar a los debates sobre inclusión/social en las políticas públicas. El siguiente apartado aborda algunos de estos aportes.

2.4 Contribuciones feministas para el estudio de la inclusión social en las políticas públicas

Diversas autoras feministas han sido críticas de las teorías sociales universalistas por reproducir relaciones jerárquicas y excluyentes bajo el velo de la imparcialidad (Okin, 1989; Young, 1987/1990; Fraser, 1990a, 1990b; Butler, 1990/2001; Benhabib, 1992; Alexander y Mohanty, 1997/2004, entre otras). Dada la relevancia de sus aportaciones, este apartado presenta algunas contribuciones de la teoría feminista útiles de integrar a los debates sobre normatividad e inclusión/exclusión social en el ámbito de las políticas. Se rescatan, principalmente, aquellas propuestas que han sido críticas del proyecto *moderno/colonial*, al evidenciar cómo este ideario –al sustentarse sobre una noción de *sujeto universal* y la definición de categorías universales (y universalizables) —, ha dado paso a relaciones de dominación, una negación de la pluralidad y complejos procesos de exclusión.

Para la exposición de argumentos esta sección se ha dividido en dos partes. La primera trata las críticas feministas sobre las teorías éticas universalistas en Occidente, a saber: i)

el cuestionamiento a la universalidad normativa y la imparcialidad; ii) la crítica a la dicotomía público/privado; y iii) la crítica a la confrontación entre principios de vida buena y principios de justicia. La segunda parte aborda tres aspectos que se desprenden de las críticas feministas a las teorías universalistas, que son de interés para el análisis de políticas públicas: i) la desconfianza hacia nociones que se sustentan en normatividades universalistas; ii) la teoría de la interseccionalidad; y iii) la representación del Estado como una institución *moderno/colonial*.

2.4.1 Aportes feministas a los debates éticos y su crítica a las teorías universalistas

Dado que esta tesis busca indagar en la dimensión ética de las políticas públicas, interesa abordar las principales críticas de la teoría feminista a las teorías deontológicas⁴⁷. Dichas críticas tienen como antecedente los postulados de la psicóloga Carol Gilligan (1982/1985) sobre la *ética del cuidado*⁴⁸, quien evidencia que las teorías éticas universalistas —al promover un sujeto desencarnado— olvidan que las personas están insertas en redes de interdependencia que modelan sus necesidades morales, su identidad y sus concepciones de vida buena. Diversas autoras feministas han seguido desarrollando estos planteamientos, donde pueden reconocerse tres énfasis: i) el cuestionamiento a los conceptos de *universalidad* e *imparcialidad* promovidos por las teorías éticas deontológicas; ii) la crítica a la *dicotomía público/privado* que estas teorías presuponen; y iii) la crítica a la confrontación entre *principios de vida buena* y *principios de justicia* en el pensamiento ético. A continuación se repasan brevemente estos tres elementos.

Para el feminismo es problemático el universalismo normativo propuesto por las teorías deontológicas, pues en las concepciones de *universalidad* e *imparcialidad* se reconocen relaciones de dominación concretas que permanecen encubiertas. Entre ellas, subyace un subtexto de género que privilegia la figura del varón adulto autónomo (despojado de sus relaciones interpersonales), lo que necesariamente excluye a las mujeres, por no cumplir con el parámetro: un sujeto masculino, asumido como dotado de razón (Benhabib, 1990, 1992; Fraser, 1997). Esta idea de individuo abstracto define al ser humano no sólo como hombre, sino generalmente como occidental, blanco, heterosexual y adscrito a determinada clase social, desplazando y excluyendo a toda persona que escape a esta norma (Young, 1987/1990). Frente a ello, teóricas feministas plantean la necesidad de

⁴⁷ Las teorías éticas deontológicas buscan determinar “el deber ser”, a partir del establecimiento de procedimientos para la definición de principios morales universales (por ejemplo, éticas kantianas, éticas de la justicia, ética de los derechos).

⁴⁸ Gilligan compara la experiencia de las mujeres con el modelo de desarrollo moral propuesto por Lawrence Kohlberg, para mostrar que la exclusión de las mujeres y de sus experiencias en las principales teorías evolutivas de la psicología generaba modelos e hipótesis que no eran universales ni neutrales. Esto permite cuestionar el “yo autónomo”, en el que se basa la teoría kohlbergiana, a la luz de las experiencias de las mujeres y las/os niñas/os, quienes tendían a un razonamiento más contextual basado en relaciones de solidaridad y cuidado (Benhabib, 1992).

integrar las particularidades identitarias de los sujetos en las teorías éticas, lo que apunta a pensar al sujeto como posicionalidad, es decir, que deviene a partir de la ubicación (sus posiciones y funciones) en el entramado social. Por lo tanto, se alude a una experiencia no-esencial ni innata, sino significada histórica y contextualmente (Carosio, 2007:166). La experiencia, así, se sitúa como el punto de partida para describir las características de la subjetividad humana.

Como alternativa al sujeto abstracto y autónomo, se piensa en un sujeto incardinado, contextual, conectado e interdependiente de ciertas relaciones sociales y afectivas; por tanto, cruzado por relaciones de poder que modelan su experiencia. Se alude a un sujeto desde “su singularidad y su pertenencia étnica, racial, sexuada, nacional, históricamente determinada. Es decir, se trata de planteos que no se basan en el Hombre abstracto sino en varones y mujeres encarnados” (Carosio, 2007:168). La idea de un *sujeto situado* hace tambalear la concepción de *igualdad* propuesta por el ideario moderno (sobre criterios de imparcialidad), que ha marginado las experiencias y las subjetividades que exceden el canon definido por este sujeto universal; y, a la vez, es fundamental para el planteamiento de la *interseccionalidad*. Estos dos elementos serán retomados más adelante (Sección 2.4.2).

Otra crítica desde la teoría feminista apunta al *divorcio entre las esferas pública y privada* que las teorías universalistas presuponen, donde “el ámbito público y los principios que lo gobiernan se consideran separados o independiente de las relaciones en el ámbito privado” (Pateman, 1985/1996:2-3). El mundo de lo público fue identificado con un orden social androcéntrico, abstracto, masculino y racional; mientras que el mundo de lo privado fue identificado con lo personal, lo íntimo, lo femenino y lo afectivo (Carosio, 2007). De modo que sólo aquellos dotados de razón estarían capacitados para emitir juicios éticos “justos” o “imparciales” (vinculado a “lo masculino”), alejados de sus vivencias, intereses y vínculos afectivos particulares (relacionado a “lo femenino”). Esta construcción no sólo rivaliza los *principios de justicia* (universales) y los de *vida buena* (particulares) —como se expondrá más adelante—, sino que además refuerza el predominio masculino en el campo ético y en la esfera pública.

Bajo la proclama de imparcialidad y justicia como código ético válido en el plano público, se ha considerado adecuado que algunos sujetos fuesen excluidos, silenciados y no reconocidos como seres libres e iguales, por ejemplo, las mujeres, las mujeres y los hombres no-blancos, entre otros (Fraser, 2006). Esto ha dado paso a discursos opresivos, donde lo definido como universal excluye radicalmente a determinados individuos y colectivos. Desde aquí, la esfera pública puede ser entendida como un pacto exclusivamente entre varones, que funda las relaciones de poder necesarias y sienta las

bases para un contrato social que legitima a los hombres como sujetos de la historia (Pateman, 1985/1996). La identificación de las mujeres con lo privado, lo afectivo y lo particular, sería un modo de excluirlas (o integrarlas parcialmente) de la esfera pública. En este sentido, el *telos* emancipatorio del feminismo propone dismantlar las dicotomías opresivas de las que está saturado el discurso moderno, entre ellas las que definen el orden de género y las que se derivan de éste (cultura/naturaleza; razón/emocionalidad; público/privado) (Carosio, 2007). Se apela a una redefinición de “lo público” y “lo privado” donde se reconozcan sus interrelaciones, pues la esfera doméstica también es política y de interés público, a la vez que el espacio público no puede ignorar del todo las particularidades y relaciones de interdependencia entre los sujetos.

En último lugar, la teoría feminista ha reconocido que las teorías éticas universalistas han dividido “a los seres humanos en cabezas y cuerpos, razones y pasiones, comunicación racional y eficiente, y comunicación íntima” (López, 2004:31). Esto ha permitido la exclusión de las relaciones de solidaridad del ámbito público. Ante ello, se propone desestabilizar la dicotomía razón/afecto, para integrar nuevos valores —desestimados al ser asociados a “lo femenino”— a la convivencia en el espacio público. Una ética basada sólo en ideales como la razón, en contraposición y desvalorización de la afectividad, carecería de la solidaridad necesaria para humanizar a la sociedad (Camps, 1990). El ámbito moral, en el que operan los criterios de justicia, estaría delimitado por el espacio público. Mientras que los valores pertenecientes al espacio doméstico —entendidos como parte de las opciones particulares de vida buena—, se consideran ajenos al ámbito propiamente moral. De manera que “las concepciones de lo justo constriñen lo bueno” (Benhabib, 1992:47).

La teoría feminista busca integrar y tensionar ambos ideales (“lo justo” y “lo bueno”), visibilizando las relaciones de poder que cruzan los preceptos morales y que han limitado la existencia femenina libre y autodeterminada (Hierro, 1985, 1998, 2001; Pisano, 1994/2004; Tuñón, 2004; López, 2004). El feminismo ha buscado reivindicar la “subjetividad femenina” que ha sido anulada, en tanto particular, y traza el imperativo de reconocer la “capacidad humana de respetarnos y diseñar nuestras propias vidas y la sociedad que queremos” (Pisano, 1994/2004:6). Un respeto que pasa por lo íntimo, lo privado y lo público. Con esto se reintegran los debates sobre *vida buena* al ámbito ético sin contraponerlos a los ideales de *justicia*. Así, no podrían definirse *a priori* referentes normativos que constriñan las posibilidades de autodeterminación, pues esto limitaría el ejercicio de la autonomía moral. A diferencia de lo que podría creerse, no se apunta a una moral autorreferencial, sino, por el contrario, a una moral que ponga en valor la experiencia de las personas y esté abierta a las/os otras/os, a la intersubjetividad. Esta apuesta ética rebasa las intenciones particularistas promoviendo la responsabilidad no

sólo con una/o misma/o, sino también con el entorno.

Las críticas feministas a las teorías éticas universalistas son interesantes para acercarse al estudio de la dimensión ético-normativa de las políticas públicas. Desde aquí, ya no es suficiente posicionar este estudio desde éticas deontológicas, pues bajo el velo de la imparcialidad se reproduce un discurso dicotómico (público/privado; justicia/vida buena) y, con ello, relaciones sociales asimétricas (entre hombres y mujeres; entre jóvenes y adultos, etc.). Las críticas a la universalidad tienen repercusiones interesantes en cómo se concibe el espacio público, el Estado y las políticas públicas. Por ello, en el siguiente apartado, se abordan tres contribuciones emanadas desde la teoría feminista, que se vinculan a la crítica de la normatividad universal que cruza los discursos políticos institucionalizados en Occidente, y que son fundamentales para el desarrollo de esta tesis.

2.4.2 Contribuciones feministas para (re)pensar el discurso de las políticas públicas

A partir de las críticas feministas a las pretensiones de universalidad presentes en las teorías éticas, esta sección aborda tres aportaciones importantes que pueden desprenderse desde ahí, para el estudio del Estado y las políticas públicas. En primera instancia, se aborda cómo conceptos que emergen como hegemónicos (como Democracia, ciudadanía e inclusión social), bajo la proclama de imparcialidad y universalidad, encubrirían determinadas relaciones de dominación y un ideal normativo de asimilación. En segundo lugar, se trata la teoría feminista de la interseccionalidad, que permite comprender cómo la concepción de un sujeto universal –que no cuestiona las estructuras de poder– reproduce relaciones de opresión específicas, en base a lo cual todo lo “diferente” es excluido. Y, finalmente, a partir de la teoría de la interseccionalidad y la noción de *colonialidad del género*, se argumenta cómo el Estado podría ser representado como una institución colonial que reproduce determinadas relaciones de dominación al actuar como si éstas no existieran.

2.4.2.1 Desconfiar de las nociones aparentemente universales

Como gran parte de los discursos y prácticas en Occidente están influidas por normatividades universalistas, algunas teóricas feministas plantean la necesidad de cuestionar aquellas nociones que emergen como hegemónicas, por encubrir relaciones de dominación. Dada esta importancia, a continuación se presentan algunos de estos argumentos, para luego abordar la propuesta de Iris Marion Young (1990/2000) que es fundamental para comprender el modelo conceptual planteado por esta tesis.

Nancy Fraser (1990a), Iris Marion Young (1996) Jacqui Alexander y Chandra Talpade Mohanty (1997/2004), entre otras autoras, invitan a desconfiar de las concepciones de

esfera pública y ciudadanía universal definidas por teorías liberales. Estas nociones, aunque reconocen igual valor moral e igual derecho de participación política a todas las personas, están cruzadas por relaciones de poder específicas. Cabría, entonces, desconfiar del uso retórico de la ciudadanía –y de toda proclama que se precie de universal–, ya que ésta ha significado la exclusión de sujetos y grupos en base a su “diferencia”. Dicha marginación, además, ha implicado desatender ciertas problemáticas (como la sexualidad, la reproducción y la violencia de género), al ser representadas como “privadas” (o particulares) por la ideología burguesa masculinista. En esta línea, Alexander y Mohanty (1997/2004) exponen la necesidad de visibilizar y cuestionar las relaciones de poder racializadas, generizadas y heterosexualizadas de los usos institucionalizados de Democracia (con mayúscula). Para las autoras, la retórica de la Democracia es un disfraz para los procesos de recolonización capitalista, que a menudo ha estado al servicio de prácticas estatales represoras, nacionales e internacionales. Frente a ello, Alexander y Mohanty plantean pensar una *democracia feminista*⁴⁹ que transforme las jerarquías de mando establecidas por las democracias liberales, occidentales y de libre mercado.

Young (1990/2000), por su parte, cuestiona la noción de igualdad planteada por los Estados liberales, ya que ésta ha guardado un *ideal normativo de asimilación* que promueve la igualdad de trato como un principio fundamental de justicia, en vez de apuntar a la integración y valoración de la diferencia. Este ideal normativo niega que las diferencias entre grupos sociales puedan ser positivas y deseables, construyendo la diferencia como un obstáculo. El compromiso retórico con la igualdad y la inclusión encubre un estándar normativo de sujeto (hombre-occidental-blanco-heterosexuales-burgués), desde donde algunas personas y colectivos continuarían siendo señalados como “desviados”, posicionándolos en situación de desventaja al valorarlos conforme a dicho patrón. De este modo, se instala una normatividad que estandariza, que moldea la experiencia y las capacidades de ciertos sujetos o grupos sociales en base a un canon, frente al cual son medidos y valorados como “deficientes” (Young, 2006; Martínez-Bascuñán, 2011).

Esta normalización es injusta cuando instituciones públicas producen la expectativa sobre determinados sujetos para exhibir comportamientos o prácticas normativas, sólo para ser reconocidos como “iguales” (Martínez-Bascuñán, 2011). Se representa la “diferencia”

⁴⁹ Una *democracia feminista* implicaría: i) *repensar y subvertir las políticas sexuales* en los procesos y prácticas de los gobiernos; ii) concebir un *orden relacional diferente entre personas*, al comprender las jerarquías de dominio socioeconómicas, ideológicas, culturales y psíquicas (por ejemplo, dadas por la clase, el género y la raza) sus interconexiones y sus efectos sobre las personas oprimidas; iii) una *nueva conceptualización de sujeto*, un sujeto consciente de sus condiciones de existencia y responsable de sus procesos; iv) una *visión alternativa* que transforme las jerarquías de mando de la democracia hegemónica (liberal, occidental y de mercado); y v) *alianzas globales* que promuevan una democracia participativa transfronteriza fuera de la esfera imperial (Alexander y Mohanty, 1997/2004:161-164).

como un marcador social en sentido negativo, al construir sujetos o grupos sociales que deben ser “normalizados” para ser integrados (o asimilados). Esto no sólo resta agencia y voz a los sujetos (Spivak, 1985/2009), sino que condiciona su participación en la sociedad en función a la adhesión a la norma definida por actores hegemónicos. Las dinámicas de inclusión/exclusión estarían condicionadas al “deshacerse” de determinadas categorías de inferiorización (indígena, mujer/femenina, etc.). Por ejemplo, las/os indígenas en Latinoamérica sólo podrían aspirar a reconocimiento por parte del Estado, si dejan de “ser indígena”, es decir, si renuncian a sus tradiciones, su cosmovisión, su lengua, su vestimenta, etc. (Tzul-Tzul, 2008).

Ante esta situación, Young (1990/2000) plantea pensar un espacio público heterogéneo, sobre un *ideal normativo pluralista*, que dé paso a una ciudadanía grupal diferenciada —o a relaciones interpúblicas (*interpublic relations*) (Fraser, 1990a) —, donde diversos grupos sociales (raciales, sexuales, genéricos, entre otros) puedan expresar demandas en base de sus diferencias, más que por aproximación a una experiencia blanca masculina universal. Este argumento puede articularse con la propuesta de Walter Mignolo (2000/2003) y Ramón Grosfoguel (2008) sobre la *pluriversalidad*, que implica “una descolonización de la noción de universalidad occidental eurocentrada” (Grosfoguel, 2008:213), por encubrir relaciones de dominación específicas. La *pluriversalidad* sugiere la emergencia de distintos proyectos ético-políticos (por ejemplo, “occidentales” y “no-occidentales”) en los que se dé una comunicación real y un diálogo horizontal más allá de las lógicas de dominación.

Pluralismo y *Pluriversalidad* hablan de reconocer la diferencia y el conflicto —que un diálogo diverso pueda generar— no sólo como algo inevitable, sino como deseable para la generación de acuerdos representativos de la pluralidad social. En este sentido, no puede asumirse *a priori* que algún sistema de valores es superior a otro, ni que las normatividades supuestamente universalistas (masculinas, occidentales, abstractas y ligadas a principios de justicia) son más deseables que las asumidas como particularistas (no-masculinas, no-occidentales, concretas y vinculadas a principios de vida buena). Se apunta a una interlocución que no limite la manifestación de distintas cosmovisiones.

A partir de aquí, se reconoce la necesidad de posicionarse críticamente frente al uso de la noción de inclusión social en el contexto de las políticas públicas. El propósito es el de diferenciar su uso retórico (lógicas de asimilación) de una inclusión social que visualice la integración de la “diferencia” como necesaria para un diálogo público representativo de la diversidad social (lógicas pluralistas). A continuación se ahonda en la interseccionalidad, una teoría que ha contribuido a (re)pensar la cartografía del sujeto

moderno, para indagar en cómo éste da paso a lógicas de exclusión múltiples e imbricadas.

2.4.2.2 La teoría feminista de la interseccionalidad

La política de la identidad moderna, asociada a un sujeto particular asumido como universal, ha sido una de las principales críticas desde la teoría feminista. El sujeto unificado, coherente y autónomo es problemático para el feminismo —y para las teorías postcoloniales y decoloniales—, pues niegan las subjetividades feminizadas y racializadas (Brah, 1996/2011). El feminismo ha cuestionado cómo se ha construido la identidad de las mujeres y otros sujetos “no-hegemónicos”, y ha problematizado las categorías (como “mujer” e “indígena”), pues éstas no son neutras ni universales. La teoría de la interseccionalidad ha contribuido a desestabilizar al sujeto moderno y (re)pensar la realidad social y el campo político. Por ello, esta tesis contempla estos planteamientos para pensar las dinámicas de inclusión/exclusión social en el contexto de las políticas públicas.

La teoría feminista de la interseccionalidad ha seguido diversas rutas teórico-epistemológicas y metodológicas, desde diversos ámbitos del conocimiento⁵⁰ y en distintos escenarios sociales. En los orígenes del concepto se identifican teóricas y activistas feministas afrodescendientes estadounidenses (Crenshaw, 1989, 1991; Hill Collins, 1990/2000; entre otras). Entre las propuestas más actuales, se reconocen dos vertientes: una compuesta por teóricas estadounidenses y europeas del campo de la ciencia política; y otra compuesta por teóricas⁵¹ y activistas latinoamericanas, que han articulado los planteamientos feministas con el proyecto de la descolonización.

El enfoque de la interseccionalidad en el ámbito de las políticas públicas escasamente ha sido trabajado en contextos latinoamericanos, por ello, se considera pertinente tomar algunas de las reflexiones generadas por autoras estadounidenses y europeas. Las autoras latinoamericanas, por su parte, posicionan en el debate que el origen de los sistemas de dominación interseccionales estaría en el centro del pensamiento *moderno/colonial*, que ha sido impuesto como absoluto a nivel global y en América Latina. Por esta razón, esta tesis integra las contribuciones sobre el concepto provenientes de estos tres itinerarios, con el propósito de proponer un modelo de análisis para las políticas públicas. A continuación se tratan los postulados de Kimberlé Crenshaw (1989, 1991) y Patricia Hill Collins (1990/2000), dos feministas negras estadounidenses que contribuyen al desarrollo teórico del concepto en un primer momento. Posteriormente, se exponen algunos

⁵⁰ Como la filosofía, la antropología, el derecho, la ciencia política y la sociología, entre otros campos.

⁵¹ Autoras del campo de la filosofía y la antropología, principalmente.

argumentos de autoras europeas y estadounidenses ligadas al estudio de la interseccionalidad política, como Nira Yuval-Davis (2006), Mieke Verloo (2006, 2013), Laurel Weldon (2006), Ange-Marie Hancock (2007) Sylvia Walby (2009), Emanuela Lombardo y Lise Rolandsen (2012, 2014), Andrea Krizsan, Hege Skjeie y Judith Squires (2012) y Marta Cruells (2015). Y finalmente, se abordan algunas contribuciones desarrolladas por autoras latinoamericanas, como María Lugones (2008, 2010, 2012), Yuderkys Espinosa (2009, 2014), Ochy Curiel (2009, 2010/2014), Breny Mendoza (2010), Diana Gómez y Karina Ochoa (2014) que aportan al debate desde una apuesta decolonial.

2.4.2.2.1 Los orígenes de la interseccionalidad

Los primeros antecedentes del concepto se hallan en el llamado feminismo negro y chicano en Estados Unidos, que ahonda en los efectos simultáneos de discriminación que generan las construcciones sociales en torno a la raza, el género y la clase social (Combahee River Collective, 1977/1981; Davis, 1981; Moraga & Anzaldúa, 1981; hooks, 1984/2004; Crenshaw, 1989, Hill Collins, 1990/2000; entre otras). El análisis feminista de la interseccionalidad se caracteriza por descentrar el sujeto del feminismo y denunciar la perspectiva sesgada propuesta por el feminismo hegemónico⁵² (o “blanco”) que, promoviendo la idea de una identidad común, invisibilizó a las mujeres de color y que no pertenecían a la clase social dominante.

El concepto de interseccionalidad fue acuñado por la jurista Kimberlé Crenshaw (1989:139), quien lo definió como la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión, que son múltiple y simultánea. Con esto se evidencian las diversas formas en que la raza y el género interactúan para dar forma a complejas discriminaciones de mujeres negras en Estados Unidos. Para ejemplificarlo, la autora recurre a la metáfora de “cruce de caminos” y habla de dobles, triples y múltiples discriminaciones (Yuval-Davis, 2006).

Crenshaw (1989, 1991) indaga en dos modos en que opera la interseccionalidad: a nivel estructural y político. La *interseccionalidad estructural* alude a la imbricación de sistemas de discriminación (de género, raza y clase social) que tiene repercusiones específicas en la vida de las personas y los grupos sociales. Ligado a esto, la autora analiza la experiencia de mujeres afrodescendientes, quienes vivían situaciones de discriminación en el ámbito laboral, dadas por su raza, su género y su clase social. La *interseccionalidad política*

⁵² Con esto se alude a la tendencia del feminismo, posicionada a nivel global, que tiende a caracterizar la subordinación de las mujeres como una “opresión común”, cuando en realidad sólo estaría reivindicando las demandas y necesidades de un perfil específico de “mujer”: mujeres blancas/mestizas-occidentales, urbanas, de clase media y heterosexuales.

expone cómo las estrategias políticas que sólo se centran en una dimensión de desigualdad marginan de sus agendas a aquellos sujetos y/o grupos cuya exclusión responde a la imbricación de diversos sistemas de opresión. Estas estrategias políticas reproducirían y reforzarían las relaciones de poder que actúan articuladamente, al no dar cuenta de la heterogeneidad interna de los grupos sociales. Un ejemplo de esto, sería la legislación que escinde las discriminaciones por razón de género y raza sin considerar su articulación.

Ligado a la *interseccionalidad política*, Crenshaw (1991) estudia algunas sentencias judiciales generadas a partir de demandas de mujeres afrodescendientes que alegaban discriminación laboral. Estas causas fueron objetadas por no coincidir con experiencias de discriminación de mujeres blancas ni de hombres negros, sino que respondían a una situación de discriminación interseccional que el derecho antidiscriminación estadounidense no era capaz de visibilizar. Esta crítica, Crenshaw también la llevó a las luchas del movimiento feminista y antirracista, quienes invisibilizaban las discriminaciones vividas por mujeres afrodescendientes, por representar éstas la “particularidad” al interior del colectivo de “mujeres-blancas” (movimiento feminista) y de “hombres-negros” (movimiento antirracista). Así, la autora plantea pensar categorías identitarias más complejas, que asuman la heterogeneidad grupal interna, para no reproducir ni reforzar las subordinaciones de género y raza que se experimentan articuladamente.

Con el propósito de seguir teorizando la interseccionalidad, la socióloga y activista feminista Patricia Hill Collins (1990/2000) propone pensar en una *matriz de dominación*, que organiza el poder a nivel global y que, además, presenta diferentes manifestaciones locales, a partir de una configuración histórica y social particular. Esta matriz entiende que los distintos sistemas de opresión están en interacción, interdependencia y mutua constitución, de manera dinámica e incluso contradictoria, ya que es posible que determinados grupos se encuentren en posición de opresor y oprimido a la vez (como hombres afrodescendientes y mujeres blancas y burguesas).

Para Hill Collins no podría adoptarse una perspectiva jerárquica entre los sistemas de dominación ni podría definirse, de antemano, la supremacía de uno de éstos, ya que estas intersecciones producen variaciones —de forma e intensidad—, en el modo en que personas y grupos experimentan la opresión. Desde esta lógica, cada grupo puede representar su propio “punto de vista” (*standpoint*), al compartir un conocimiento que es situado. Cada grupo puede considerar las perspectivas parciales de otros grupos, sin renunciar a su singularidad. Por lo que sería la parcialidad, y no la universalidad, la condición para ser escuchado (Hill Collins, 1990/2000). Esto reafirma lo expuesto anteriormente sobre la necesidad de pensar espacios públicos heterogéneos (Young,

1990/2000; Fraser, 1990a) e invita a cuestionar la pugna “particular/universal” que posiciona las perspectivas universalistas sobre las particularistas para pensar la justicia social (Sección 2.4.1). Hill Collins plantea –como Crenshaw— que si los sistemas de dominación se dan intersectorialmente, las prácticas de resistencias debiesen también ser pensadas de este modo.

Según Hill Collins (1990/2000), esta interacción entre sistemas de opresión está organizada a través de cuatro dominios: estructural, disciplinario, hegemónico e interpersonal. El *dominio estructural* habla de los factores que organizan las relaciones y el acceso al poder en una sociedad (como el derecho, la política, la religión y la economía). El *dominio disciplinario* es el encargado de gestionar la opresión derivada del dominio estructural (como las instituciones burocráticas, estatales, civiles y religiosas). El *dominio hegemónico* permite validar socialmente la opresión, al articular los dominios anteriores y reproduciéndose disimuladamente en la intersubjetividad individual y colectiva mediante la extensión de creencias, prejuicios, discursos, cultura y valores, entre otras ideologías. Finalmente, el *dominio interpersonal* alude a las relaciones intersubjetivas que configuran la trayectoria vital de las personas y grupos.

Los aportes de Crenshaw y Hill Collins son relevantes para el desarrollo de esta tesis, pues sientan las bases del debate sobre la interseccionalidad y permiten comprender los niveles o dominios donde ésta opera. Específicamente, esta tesis indaga en la *interseccionalidad política*, pues busca conocer si el proceso de formulación de las políticas públicas visualiza la existencia de sistemas de poder múltiples e imbricados que dan origen a dinámicas de exclusión específicas o, por el contrario, reproduce y refuerza los sistemas de poder que actúan articuladamente. Por ello, el siguiente apartado ahonda en algunos aportes de autoras europeas y estadounidenses que han trabajado el análisis interseccional en las políticas públicas.

2.4.2.2.2 La interseccionalidad en las políticas públicas

El enfoque interseccional en el ámbito de las políticas públicas busca generar, en las/os responsables de las políticas e instituciones de la sociedad civil, una reflexión constante sobre las dinámicas de privilegio y exclusión que permean el discurso político y que permiten que determinadas situaciones y discursos sean integrados y otros excluidos de la agenda pública. Asimismo, éste visualiza los riesgos de exclusión que tendría privilegiar ciertas desigualdades sobre otras e ignorar su mutua constitución (Lombardo y Verloo, 2009, 2010), lo que desafía las categorías fijas y unitarias con las que se piensan tradicionalmente las políticas públicas. Los debates más actuales sobre *interseccionalidad política* ponen el acento en la relación entre las dimensiones de desigualdad y entre los diversos niveles, y en el contexto en el que la desigualdad se genera (Cruells, 2015).

Además, han buscado reconocer los diversos modos en que la interseccionalidad puede aplicarse en las políticas públicas y en la institucionalidad del Estado. A continuación, se retoman los argumentos de algunas autoras que han servido para construir el modelo analítico propuesto por esta tesis.

Más que pensar en “dobles” o “triples” discriminaciones, autoras como Nira Yuval-Davis (2006) optan por concebir la interseccionalidad más allá de una lógica aditiva, pues las interacciones entre sistemas de poder generarían una desigualdad distinta que la que responde a una sumatoria. Ésta es una desigualdad articulada y más compleja, que, a la vez, dependerá del contexto social particular en el cual se aplique y/o estudie. Así, el estudio de la interseccionalidad requiere de una comprensión compleja y un abordaje específico. Además, no sólo adquiere importancia el nivel institucional/organizativo (instituciones gubernamentales, leyes, ONGs), sino también el representativo/discursivo (símbolos, textos e ideologías), pues la priorización de determinados ejes de desigualdad no refiere sólo a un tema contextual, sino también a una cuestión política que dependerá de que las luchas sociales avancen en reconocimiento y visibilidad (Cruells, 2015).

En esta línea, Ange-Marie Hancock (2007) también busca superar las lógicas aditivas, proponiendo diferenciar modelos de políticas públicas no interseccionales de los propiamente interseccionales, distinguiendo tres modelos: i) el *modelo unitario*, basado en una desigualdad dominante, que se asume estable y uniforme; ii) el *modelo múltiple* que integra varias desigualdades, de igual importancia, pero las trata paralelamente y se perciben como categorías de desigualdad estables; y iii) el *modelo intersectorial* considera varias desigualdades, pero entiende que éstas se constituyen mutuamente en su interacción, al tiempo que habla de categorías fluidas y abiertas⁵³.

Desde la teoría de la complejidad, Sylvia Walby (2009) teoriza sobre las desigualdades sociales múltiples en un mundo globalizado. La autora considera que cada uno de los sistemas sociales (político, económico, cultural) toma a los demás como entorno y que, a la vez, en cada uno de estos sistemas se articulan diferentes regímenes de desigualdad. Las diferentes desigualdades se constituirían parcialmente en cada uno de los sistemas, al tiempo que el contexto y el momento histórico definirá las interacciones entre desigualdades, que difícilmente tienen igual importancia (Walby, 2009 en Cruells, 2015). Las desigualdades, por lo tanto, no aluden sólo a un sistema social (por ejemplo, la raza al sistema cultural o la clase social al sistema económico), sino que debe indagarse en la configuración particular de articulación entre desigualdades. De esto se desprende que la intersección entre sistemas y regímenes de desigualdad no anularía la ontología propia de

⁵³ Este modelo entiende que entre el nivel individual e institucional hay una relación dinámica, de modo que los análisis que incluyan este paradigma deben integrar ambos niveles y su articulación (Hancock, 2007).

cada uno de los regímenes y sistemas. En esta línea, Laurel Weldon (2006) propone pensar la interseccionalidad comprendiendo que pueden distinguirse tanto efectos interseccionales como autónomos, pues la ontología de los sistemas de poder no se fusiona en la interacción. Esto da un carácter más complejo a la intersectorialidad, lo que impone un desafío para pensar las estrategias políticas (por ejemplo, las políticas públicas) y/o prácticas de resistencia que busquen revertir contextos sociales desiguales en sentido complejo.

Para el estudio de la interseccionalidad en el campo de las políticas públicas y la institucionalidad del Estado, Andrea Krizsan, Hege Skjeie y Judith Squires (2012) identifica tres modelos sobre cómo se ha institucionalizado la relación entre las desigualdades de género y otras desigualdades en la Unión Europea: i) el *modelo jerárquico*, donde una categoría de desigualdad presenta prioridad sobre otras y cuenta con organismos específicos (por ejemplo, organismo de género, organismo de discapacidad, etc.); ii) el *modelo integrado*, donde un sólo organismo y una legislación común se ocupa de diversos ejes de desigualdad (por ejemplo, Ministerio o Secretaría de Igualdad); y iii) el *modelo estratificado* que combina organismos que integran diversas desigualdades de forma simétrica y a la vez se mantienen estructuras y leyes diferenciadas para otras desigualdades. Por otra parte, en Reino Unido se han identificado tres modelos: i) el *modelo unitario*, que considera sólo una desigualdad; ii) el *modelo asimétrico*, donde una desigualdad es dominante y otras son reconocidas como secundarias; iii) el *modelo múltiple*, que asume las desigualdades de modo paralelo; y iv) el *modelo aditivo*, donde las interacciones se asumen como una sumatoria (Walby, Armstrong & Strid, 2012 en Cruells, 2015:61).

Finalmente, es importante destacar que el enfoque de la interseccionalidad en las políticas públicas debe ser diferenciado de aquellos que estigmatizan a los sujetos y colectivos que viven situaciones de exclusión, donde se articulan diversas desigualdades. La interseccionalidad busca visibilizar los efectos de marginación que genera el privilegiar una categoría de desigualdad sobre otras, por lo que busca el empoderamiento de aquellos sujetos y colectivos donde confluyen diversos ejes de exclusión, no profundizar su situación (Verloo, 2013; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014). No cualquier intervención del Estado que integre más de un eje de desigualdad puede ser considerada interseccional. Si ésta no contempla a los sujetos y grupos como agentes activos –sino sólo como meros receptores— ni promueve su participación para la superación de su situación de marginación, no podría ser catalogada como una política interseccional. De hecho, uno de los criterios que darían cuenta de la calidad de su inclusión en las políticas públicas es la implementación de prácticas de consulta y diálogo con la sociedad civil organizada y los grupos en situación de desigualdad (Lombardo & Rolandsen, 2012).

A partir de lo expuesto, se comprende que el enfoque de la interseccionalidad, en el ámbito de las políticas públicas, interpela a diseñadores/as e implementadores/as respecto de cómo se construyen socialmente los problemas públicos. Esto invita a romper las concepciones unidimensionales, para generar un conocimiento complejo de las situaciones de exclusión de diversos colectivos. Las políticas públicas no pueden pensarse en términos unitarios, aditivos ni jerárquicos, sino desde una visión que entienda las sinergias y contradicciones que pueden darse entre sistemas de opresión, que tiene repercusiones interseccionales y autónomas. Además, esta perspectiva posiciona a los sujetos en el centro de la propuesta, al concebirlos como sujetos activos que debiesen ser parte de las estrategias políticas que buscan revertir situaciones de marginación. La sección siguiente aborda la noción de *colonialidad del género* (Lugones, 2008) –la tercera vertiente del debate sobre interseccionalidad integrada a esta tesis—, que trae nuevos elementos a la discusión y busca articular la perspectiva interseccional con la crítica a la modernidad/colonialidad generada por la teoría decolonial latinoamericana.

2.4.2.2.3 La interseccionalidad desde la *colonialidad del género*

Al igual que teóricas europeas y estadounidenses, María Lugones (2008, 2010, 2012) y el feminismo decolonial⁵⁴ plantean romper con una lógica aditiva para comprender la interseccionalidad. A partir del legado del feminismo negro, esta propuesta se acerca más a lo teorizado por Hill Collins (1990/2000) (*matriz de dominación*) que a lo que expone Crenshaw (*cruce de caminos*), al pensar en la *Colonialidad de género* (o en un *Sistema moderno/colonial de género*) que estaría en la base del pensamiento *moderno/colonial* eurocentrado y la constitución misma de América Latina. Con la *colonialidad de género* se concibe una matriz que organiza las relaciones de dominación a nivel global, a partir de un proceso de colonización que se mantiene hasta hoy.

Lugones (2008) reconoce que el discurso de la colonialidad no sólo guarda una *colonialidad del poder*⁵⁵ (Quijano, 2000), que organiza la sociedad en función de la idea

⁵⁴ El feminismo decolonial retoma algunos aportes de la teoría feminista producida en Estados Unidos y Europa, como el feminismo materialista francés y su cuestionamiento a la idea de naturaleza, la categoría mujer y la representación de la heterosexualidad como régimen político. Asimismo, recupera el legado de autoras feministas postcoloniales (como Spivak y Mohanty), quienes critican la violencia epistémica y el colonialismo en la producción de conocimiento, y plantean la posibilidad de un esencialismo estratégico y una solidaridad “norte-sur”. Como tercera línea genealógica, este feminismo recoge algunas críticas de la corriente feminista autónoma latinoamericana, sobre la dependencia ideológica y económica que introducen las políticas desarrollistas en países del “Tercer Mundo”, y el proceso de institucionalización y tecnocratización de los movimientos sociales que impone una agenda global de derechos (Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014:32-33).

⁵⁵ Para Quijano (2000), la raza fue el principal elemento constitutivo de las relaciones de dominación que la conquista impuso. Sobre este patrón de poder fue clasificada la población de América, del cual derivan todas las formas históricas de control del trabajo, el sexo, la autoridad colectiva (o pública) y la subjetividad/intersubjetividad. La raza sería, entonces, “una construcción mental que expresa la experiencia

de raza y clase social, sino que ésta además instala dicotomías vinculadas al género y la sexualidad, que fueron igualmente cruciales en el establecimiento de la Colonia en América⁵⁶ (el mestizaje cultural y racial, y la evangelización) y la dominación global eurocentrada. Lo que cuestiona el carácter totalizador de la raza y la naturalización de las relaciones generizadas en las teorías decoloniales.

La *colonialidad del género*, a la vez, interpela al feminismo hegemónico, que ha olvidado cómo la “raza” se articula con el “género” al plantear su discurso reivindicativo y tiende a pensar a las mujeres sólo en base a su subordinación como identidad genérica. Desde aquí, la radicalización del feminismo pasaría por comprender esta matriz de dominación, donde las relaciones de poder dadas por el “género”, la “sexualidad”, la “raza” y la “clase social” son co-constitutivas, en tanto cada una se inscribe en el otra (Espinosa, 2009; Curiel, 2010/2014; Barroso, 2014). Este planteamiento busca articular el proyecto feminista con la apuesta decolonial latinoamericana, invitando a descolonizar el feminismo hegemónico –por su sesgo occidental, blanco/mestizo, burgués y heteronormativo— y recuperar el legado –saberes, reivindicaciones y nociones de *buen vivir*— de mujeres afrodescendientes e indígenas de *Abya Yala*⁵⁷ (América) (Espinosa, 2009, 2014; Curiel, 2009, 2010/2014; Mendoza, 2010; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014).

La *colonialidad de género* revela una organización biológica dimórfica, patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales, y permite seguir teorizando la lógica opresiva de la modernidad colonial y su lenguaje categorial dicotómico (Lugones, 2010). Desde esta perspectiva, las jerarquizaciones de género y sexualidad se co-constituyen –de modo dinámico y contradictorio— con los sistemas de opresión dados por la raza/etnicidad y la clase social, conformando un sistema articulado de poder. La “raza” o la “clase social” no serían, por ejemplo, ni separables ni secundarias a la opresión de género, por lo que cualquier iniciativa que se precie de ser crítica a la opresión de “género” debiese considerar esta mutua constitución. De lo contrario, se corre el riesgo de homogeneizar la opresión de género y con ello reproducir las mismas lógicas de inferiorización,

básica de la dominación colonial y que (...) permea las dimensiones más importantes del poder mundial” (Quijano, 2000:201).

⁵⁶ La noción de “raza” es moldeada conjuntamente con la de “género” y “sexualidad” para justificar la conquista en América y expandir la ideología y prácticas del mestizaje. Esta “misión colonizadora” se sustenta en un ordenamiento específico de la sexualidad: el control sexual de las mujeres (indígenas) por los hombres (colonizadores), la unión heterosexual y la maternidad/reproducción (parentesco y descendencia mestiza) (Boidin, 2010; Segato, 2014).

⁵⁷ *Abya Yala* es la denominación dada al continente americano por el Pueblo Kuna (Sur de Panamá y Norte de Colombia) antes de la colonización europea. Ésta significa “tierra madura” o “tierra de sangre vital”. Su uso actual es reconocido como un discurso de resistencia y descolonización, ya que se asume que “América” es una imposición ideológica en el marco del proceso colonización europea. Para mayor información ver: Rodas, José Javier (2013). “Abya Yala, el verdadero nombre de este continente”. *Crónicas de la tierra sin mal*. Recuperado en: <http://cronicasinmal.blogspot.com.es/2013/03/abya-yala-el-verdadero-nombre-de-este.html> (último acceso el 20 de noviembre 2015).

invisibilización y marginación que el feminismo critica; dejando intactas las estructuras que ordenan las sociedades, anulándose el potencial emancipador del feminismo.

Esta noción permite pensar la interseccionalidad no sólo como una intersección de categorías homogéneas que han emergido hegemónicas (“mujer”, “negro”, “indígena”, etc.), pues seguir pensando de este modo continúa borrando la heterogeneidad interna de los grupos sociales y, con ello, a todas aquellas mujeres subalternizadas (afrodescendiente, indígena, caribeña, etc.). Como sostiene Lugones (2012:135):

“Lo que la colonialidad de género nos permite ver es un ser negado que no está determinado/a ni en términos lógicos ni en términos de poder, sino que puede rechazar la imposición jerárquica. No es una cuestión de categorías sino de seres donde la imposición deshumanizante colonial es vivida por seres que no son describibles como una unión de categorías.”

Esta propuesta entiende que las categorías de “raza”, “clase”, “sexo” y “sexualidad”, entre otras, son variables dependientes, porque cada una está inscrita en la otra (Curiel, 2010/2014). A la vez, se cuestiona el sistema de categorías propuestos por el discurso hegemónico, que tienen efectos deshumanizantes sobre ciertas subjetividades y que desconoce sus realidades y puntos de vistas; lo que limita la capacidad de agencia de ciertos sujetos y colectividades. No obstante, estas categorías no sólo modelarían sus situaciones de existencia, sino que los sujetos pueden rechazar la imposición jerárquica y generar espacios de resistencia y nuevas apuestas conceptuales que les permitirían, participar y validarlas con y frente a otros (Hill Collins, 1990/2000; Lugones, 2012).

A partir de esta revisión, se evidencia que la teoría feminista de la interseccionalidad visibiliza cómo se organiza el poder en las sociedades, a partir de una matriz compleja y articulada de dominación, que opera en diferentes niveles y dominios. La interseccionalidad se ha posicionado como una herramienta conceptual y analítica útil para comprender y responder a las formas en que el género se imbrica con otros ejes de exclusión (raza, clase social, orientación sexual, etc.), dando origen a situaciones específicas –definidas histórica, política y socialmente– que no pueden ser comprendidas desde una lógica jerárquica, aditiva ni coherente; sino de modo dinámico, contradictorio, articulado y, a la vez, ontológico, ya que pueden identificarse efectos interseccionales, entre los sistema de poder implicados, como efectos autónomos.

Al vincular la interseccionalidad con los debates sobre *exclusión/inclusión social*, se observa que ambas nociones intentan integrar la complejidad y las contradicciones que pueden hallarse en la articulación de múltiples sistemas de opresión. No puede aludirse, así, a nociones de inclusión o exclusión en términos absolutos, sino como un proceso dinámico que puede modificarse en el tiempo y que puede incluso generar procesos

contradictorios de inclusión/exclusión. Estos argumentos advierten respecto del riesgo de actuar sobre categorías homogeneizadoras y de la importancia de considerar las heterogeneidades internas de grupos sociales aparentemente similares. De modo que la interseccionalidad nutre el entendimiento del Estado, las políticas públicas y las dinámicas de exclusión que éstos pueden reproducir y/o revertir.

Cabe destacar, además, que la exclusión (e/o inclusión) social es susceptible de ser abordada desde la acción colectiva, la práctica institucional y las políticas públicas (Subirats, Gomá y Brugué, 2005). Si bien los grupos marginados no conforman un sujeto político homogéneo, articulado y visible de cambio histórico, tienen la potencialidad de generar prácticas y discursos de resistencia que pueden ser legitimados en el debate público (Hill Collins, 1990/2000; Subirats, Gomá y Brugué, 2005; Lugones 2012). Dada la situación de exclusión, probablemente sea más complejo para estos colectivos validar sus intereses en el espacio público y generar una *praxis* transformadora, pero ésta es siempre una posibilidad (Spivak, 1985/2009; Subirats, Gomá y Brugué, 2005). Por ello, tiene mayor sentido hablar de *procesos de inclusión/exclusión*, que den cuenta cómo estos fenómenos se dan en diálogo y de modo contradictorio (Foucault, 1970/2002; 1972/2002; 1979/1994; 1994/1999; Tzul-Tzul, 2008; Barrón, 2013). En la siguiente sección se retoma la noción de *colonialidad de género* para comprender e interpelar la institucionalidad del Estado. Desde la *colonialidad de género*, el Estado sería una institución *moderno/colonial* que encarna la interacción de sistemas de opresión sobre la idea de “raza”, “clase social”, “género” y “sexualidad”, por lo tanto, podría reproducir lógicas de inclusión/exclusión específicas en el contexto de las políticas públicas, a menos que se plantee críticamente ante éstas.

2.4.3 El Estado como una institución moderno/colonial

Siguiendo a Johanna Kantola (2006), es posible identificar por lo menos cinco perspectivas feministas que han sido críticas de la figura del Estado: el feminismo liberal, el feminismo radical, el feminismo marxista, el feminismo socialista y el feminismo postestructuralista. Los feminismos postcoloniales —como también reconoce Kantola, aunque no lo desarrolla—, también han aportado una crítica interesante. Así, de la mano de la teoría de la interseccionalidad, este apartado rescata el concepto de *colonialidad de género*, propuesto por el feminismo decolonial, para el estudio del Estado y las políticas públicas. Esta sección se divide en dos partes. La primera describe brevemente las principales perspectivas feministas que han sido críticas del Estado, para luego comentar por qué es útil la propuesta del feminismo decolonial. En la segunda parte se tratan algunas críticas feministas latinoamericanas a los organismos de género al interior del Estado y, desde ahí, se aborda la importancia del diálogo entre estas instituciones y el

movimiento feminista para incluir los intereses de diversas mujeres en las agendas gubernamentales de género.

2.4.3.1 Perspectivas feministas críticas al Estado y el aporte del feminismo decolonial

Kantola (2006) identifica por lo menos cinco corrientes de la teoría feminista que han sido críticas del Estado: liberal, radical, marxista, socialista y postestructuralista. El *feminismo liberal* reconoce que la institucionalidad estatal está dominada por hombres y que sus políticas reflejan intereses masculinos. Ante esto, se propone trabajar por la inclusión de mujeres en el Estado y que éste vuelva a ser un árbitro imparcial entre diversos grupos de interés, promoviendo la igualdad formal.

El *feminismo radical* ve al Estado como una institución eminentemente patriarcal, donde la discriminación política, legal y económica de las mujeres se sustenta en una condición previa de explotación que tiene lugar sobre, en, y a través de sus cuerpos (Barry, 2005:198). El foco de este feminismo está en visibilizar las preocupaciones de las mujeres (por ejemplo, la reproducción y la sexualidad), abriendo el debate sobre cuestiones que a menudo se consideran externas al debate público; y en desmontar, desde fuera del Estado⁵⁸, las estructuras de dominación masculina para lograr la liberación de las mujeres.

El *feminismo marxista* reconoce que el Estado es eminentemente capitalista y las mujeres jugarían un rol importante en su sustentabilidad —en tanto que reproducen la fuerza de trabajo al interior de la familia—, por lo que el Estado contribuiría a mantener la ideología familiar basada en la división sexual del trabajo. El *feminismo socialista*, en un intento por integrar las ideas del feminismo marxista y el radical, da cuenta de la relación dialéctica entre los sistemas de opresión capitalista y patriarcal. Este feminismo afirma que el Estado promueve la opresión de las mujeres, al defender intereses burgueses y masculinos.

El *feminismo postestructuralista* desafía la unidad del Estado, representándolo como un conjunto diferenciado de instituciones, organismos y discursos que carecen de coherencia. El Estado sería, entonces, un proceso discursivo que no es inherentemente patriarcal, sino que ha sido construido como tal a partir de un conjunto reverberante de relaciones de poder y procesos políticos, en los que el patriarcado puede no sólo reproducirse, sino también refutarse. El feminismo postestructuralista no sólo señala

⁵⁸ Para el feminismo radical es la sociedad civil el lugar donde las mujeres debiesen concentrar sus energías para desestabilizar el patriarcado (Millet, 1975/1997; MacKinnon, 1982, 1989/1995; Barry, 2005; Kantola, 2006). No se espera que el Estado trabaje por la liberación de las mujeres, porque sería imposible separar el poder del Estado (liberal) del poder masculino. Aunque el Estado legisle a favor de las mujeres (abordando temas como la violación o el aborto) estas medidas sólo serían de carácter formal sin modificaciones profundas (MacKinnon, 1989/1995).

cómo el Estado impacta en las construcciones de género, también cómo el Estado puede ser modificado a partir de las reivindicaciones feministas. Lo que permite deconstruir la dicotomía “dentro” y “fuera” del Estado⁵⁹.

Los *feminismos postcoloniales y decoloniales* exponen argumentos interesantes para pensar el Estado desde una matriz de dominación múltiple. Aunque ambas perspectivas no pueden ser homologadas –pues se vinculan a lugares geopolíticos de enunciación distintos⁶⁰– existen cierta conexiones y diálogos respecto de cómo el Estado y su gobernabilidad colonial articulan y encubren diversos sistemas de dominación, en torno a los siguientes ejes: “raza” (colonialidad/modernidad), que propone la representación de una nación homogénea basada en la ideología del mestizaje⁶¹; “clase social” (capitalismo), que sitúa la economía global como centro de la vida social⁶²; “género” y “sexualidad” (heteropatriarcado), que imponen relaciones de asimetría entre hombres y mujeres, y una heteronormatividad obligatoria. Esta gobernabilidad colonial ocurriría bajo la proclama de una democracia (neo)liberal, que no ha sido capaz de romper con las dinámicas de exclusión, pues el paradigma que reconoce como válido continúa siendo *moderno/colonial* (Lugones, 2008; Mendoza, 2010; Curiel, 2010/2014; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014; Segato, 2014).

El planteamiento de la *colonialidad de género* complejiza el entendimiento sobre la institucionalidad del Estado y las dinámicas de exclusión que modulan el debate que da origen a las políticas públicas. En este contexto, las demandas, necesidades y sistemas de valores sostenidos por colectivos representados como “subalternos” serían segregados, sobre todo los de aquellos grupos donde confluyen diferentes categorías de subalternidad (mujeres indígenas, inmigrantes, entre otros). Desde esta propuesta, es posible pensar el Estado, sus discursos y prácticas como herederos de un pensamiento *colonial/moderno*,

⁵⁹ El feminismo postestructuralista ha sido criticado por su marcado énfasis en los procesos discursivos, subestimando la dificultad de generar transformaciones en comparación con la relativa facilidad de reproducir el *status quo* (Cooper, 1994 en Kantola, 2006). Asimismo, una de las críticas más persistentes hacia este feminismo alude a la deconstrucción de la subjetividad e identidad de la mujer. Al momento que las mujeres parecen haber ganado presencia en el espacio público en Occidente, el postestructuralismo deconstruye la base de su acción: su identidad común (Kantola, 2006).

⁶⁰ Ambos feminismos aluden a distintos terrenos histórica y geopolíticamente contruidos (Mignolo, 2001). Los *feminismos postcoloniales* se refieren, principalmente, a la producción teórica de feministas africanas (árabes y subsaharianas) y del sureste asiático (Suárez, 2008). Mientras que los *feminismos decoloniales* aluden a las propuestas de feministas latinoamericanas que se han planteado críticamente ante el proyecto de la Colonialidad.

⁶¹ “Lo mestizo” se habría constituido en América Latina como “lo nuevo blanco”, como una nueva política de identidad y una nueva hegemonía racial. “Lo mestizo” articularía la noción de clase y las imposiciones de masculinidad y heterosexualidad, por lo que sería una especie de relectura del racismo, pero con diferente significante (Mendoza, 2001).

⁶² En América Latina, durante los años 90, se observa un fortalecimiento del neoliberalismo a partir de la implementación de políticas de ajuste estructural –promovidas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI)–, que situó al capital financiero como centro del mercado internacional. Bajo la promesa de crecimiento económico con equidad, estas políticas incrementaron los niveles de pobreza y desigualdad en la región (Curiel, 2010/2014).

que encarna la *colonialidad del género*. El Estado no sólo articularía un sistema patriarcal, como evidenció el feminismo radical. En él no sólo operaría un sistema capitalista, como mostró el feminismo marxista y socialista, ni sólo un poder colonial, como han evidenciado las/os teóricas/os postcoloniales y descoloniales. En el Estado maniobraría una matriz de dominación múltiple e imbricada que puede ser reproducida y/o refutada. Desde el prisma de la *colonialidad de género*, el uso retórico de la inclusión social por parte del Estado no siempre cuestionaría los sistemas de dominación que lo sustentan, pues formaría parte de sus cimientos. La instalación del Estado en América Latina –y otros contextos (post)coloniales—, sería el legado más duradero de la dominación colonial y cargaría con la articulación de estos cuatro sistemas de opresión, que operaría en momentos históricos, sociales y políticos específicos (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Oyěwùmí, 1997; Suárez, 2008).

La colonialidad no sería, entonces, un periodo superado, sino un sistema que continuaría operando a nivel global y que se materializaría en el Estado moderno y su gobernabilidad. El Estado cargaría con un proyecto civilizador, a partir del despliegue de técnicas de universalización y particularización que contribuyen a generar la máxima eficacia de la cooptación y la exclusión (Suárez, 2008). La gobernabilidad colonial instituiría, como lógica de gobierno, la inferioridad del “otro” colonizado, donde la “diferencia” y la asimilación se trenzan en una dicotomía indisoluble; la inferiorización de lo “otro” justificarían la intervención asimiladora (o “civilizadora”) (Suárez, 2008). Por ello, para diversas feministas postcoloniales y decoloniales es pertinente desenmascarar las jerarquías que están en la base de la institucionalidad del Estado, sus conexiones y efectos, para su transformación (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Lugones, 2008; Suárez, 2008). De la mano de este debate, a continuación se abordan las principales críticas feministas a los organismos gubernamentales de género en América Latina y los espacios de diálogo promovidos por éstos.

2.4.3.2 Los organismos de género y la interlocución Estado-sociedad civil

Pensar el Estado como una institución heredera de la *colonialidad del género*, alerta sobre el carácter excluyente que éste puede adquirir e invita a desconfiar de su retórica democrática. Esto lleva a cuestionar los discursos que integra el Estado, incluida su proclama de igualdad y el devenir de los organismos que velan por la igualdad de género al interior de éste. Desde esta concepción pueden identificarse tres críticas a los discursos estatales y sus organismos de género en América Latina: i) la homogeneización del colectivo de mujeres y la representación de éstas principalmente como objeto de asistencia; ii) la despolitización de las reivindicaciones feministas a partir de la tecnificación del “género”; y iii) una inclusión superficial, al discurso y actuar del Estado, de las demandas del movimiento feminista.

En América Latina, durante los años 90, se inicia la paulatina institucionalización del discurso género, lo que permitió la instalación de organismos de la mujer al interior del Estado⁶³ (servicios, oficinas, direcciones, etc.). No obstante, este hecho tendió a la homogeneización del colectivo de mujeres –al universalizarse las demandas de mujeres heterosexuales, occidentalizadas/mestizas, de clase media–, lo que excluyó a diversas mujeres (como mujeres indígenas, lesbianas, campesinas e inmigrantes). Este discurso, avalado por los organismos internacionales y los Estados, es reconocido por algunas feministas como un “feminismo de libre mercado”, que descansa en la retórica liberal de la universalidad de derechos, mientras continúa apelando a la ciudadanía de un sujeto específico (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Barrig, 1998; Curiel, 2010/2014; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014). Este proceso estuvo acompañado de una *colonización discursiva* (Mohanty, 1984/2008), donde mujeres subalternizadas son pensadas como objetos y no como sujetos de su historia; como víctimas y no como agentes de cambio social. Bajo esta lógica, las mujeres subalternizadas fueron representadas como “necesitada” y no como “ciudadanas” (Barrig, 1998; Espinosa, 2009, 2012; Barroso, 2014).

En América Latina, otro punto de controversia al interior del movimiento feminista alude a la relación con el Estado y la maquinaria estatal creadas para atender los asuntos de “la mujer” (Barrig, 1998; Cobo 2014). Por un lado, están quienes defienden la autonomía y visibilizan los costos políticos de la institucionalización de la agenda feminista. Por otro, quienes optan por la interlocución y la cooperación con el Estado han preferido la tecnificación y la profesionalización (Barrig, 1998; Panfichi, 2001). La llamada *ONGización*⁶⁴ del feminismo –desde donde se acumula un conocimiento teórico-práctico y vínculos con redes a nivel internacional y latinoamericano– ha facilitado la interlocución con instituciones gubernamentales y el establecimiento de organismos de mujeres al interior del Estado. Si bien este diálogo entre el Estado y el movimiento feminista es percibido como un logro, existe malestar frente a una excesiva consulta técnica por parte del Estado, donde se mina el carácter crítico y propositivo del feminismo, y el rol político de las organizaciones feministas (Pisano, 1996; Barrig, 1998; Ríos, 2000; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014). Las ONGs feministas aparecen como apoyos técnicos en la formulación de políticas y rara vez son reconocidas como representantes de la sociedad civil (Ríos, 2000). Las

⁶³ Esto sucede con posterioridad al término de las dictaduras nacionales y luego de la ratificación de convenciones internacionales sobre derechos de la mujer por los países de la región.

⁶⁴ La “ONGización” o “profesionalización de la causa feminista” es una de las formas en las que el feminismo se manifestó en Sudamérica, a partir de los años 70, en el marco de dictaduras militares y, en ocasiones, a partir del apoyo de Agencias de Cooperación al Desarrollo internacionales. Las ONGs tuvieron una identidad híbrida, al ser centros laborales y, a la vez, espacios de activismo. Esta alternativa fue una forma de expresión del feminismo, pero actualmente parece llevar implícito una descalificación, pues, a partir de los años 90 (post-dictaduras), éstas pasaron a ser principalmente “centros de trabajo” (Barrig, 1998:4-5).

reivindicaciones feministas pasarían, entonces, a ser sustituidas por el “género”, que se habría convertido en un recurso técnico –muchas veces despolitizado– que ensambla los mandatos de las conferencias internacionales, con los requerimientos de asesoría desde las dependencias públicas y privadas (Barrig, 1998).

Desde este argumento, con la *ONGización* se arriesga cierta dependencia ideológica con las instituciones (Estados nacionales y organismos internacionales). Lo que implicaría altos costos políticos, pues los Estados suelen integrar las demandas que implican transformaciones “superficiales” (o las que más les convienen), diluyéndose así los postulados más éticos y revolucionarios del feminismo (Pisano, 1996; Curiel, 2010/2014). Esto llevaría a dar “un salto de garrocha” sobre los debates fundamentales que propone el movimiento (Barrig, 1998). En este pragmatismo estatal, no se distinguiría con nitidez el lugar desde donde las feministas puedan influir, dialogar y colaborar con los gobiernos (Barrig, 1998:12). Las demandas feministas integradas al discurso del Estado serían selectivas, existiendo también una especie de “auto-censura” de parte de las organizaciones, ya que el Estado no consultaría a aquellas que demanden temas que excedan la agenda oficial (Shepard, 2000).

Si bien estas críticas son válidas para pensar las interacciones entre el Estado y el movimiento feminista, cabe destacar que el Estado es también un proceso discursivo que puede ser refutado. En este sentido, las posibilidades de diálogo entre el Estado y la sociedad civil son sustanciales. Los organismos gubernamentales de género pueden ser vistos como un esfuerzo de los gobiernos para responder a las demandas del movimiento de mujeres (McBride & Mazur, 2013). Éstos también pueden ser representados como espacios de disputa discursivas entre actores estatales y no estatales, sobre cómo pensar la igualdad de género, las necesidades de los diversos grupos de mujeres y cómo se institucionaliza la igualdad de género (Lombardo, Meier & Verloo, 2009). Los organismos de igualdad no sólo pueden entenderse como espacios burocráticos, sino como importantes instancias de representación, cambio político y democratización. Así, la existencia de canales o mecanismos de comunicación tendrían un alcance doble: asegurar la participación de los grupos políticos representados como “sin poder” y canalizar sus intereses en el proceso de formulación de las políticas públicas desde dentro de la institucionalidad del Estado (McBride & Mazur, 2013; Krizsan, Skjeie & Squires, 2012). El *feminismo de Estado* ocurre sólo cuando las agencias gubernamentales de género son un aliado del movimiento de mujeres, para alcanzar sus propósitos y objetivos políticos (McBride & Mazur, 2013).

Mientras que para algunos sectores del feminismo los organismos gubernamentales de género suscitan menor autonomía política, para otros son una expresión concreta a favor

de la igualdad, pues tienen el propósito de compensar –tanto declaratoria como funcionalmente– los fracasos de los procesos regulares de formulación e implementación de políticas públicas sobre ciertos grupos (Krizsan, Skjeie & Squires, 2012:8). Las instituciones de igualdad son actores importantes para la representación sustantiva del colectivo de mujeres y su diversidad, y tendrían un rol fundamental en la definición de estrategias que hagan patente esta pluralidad.

Krizsan, Skjeie & Squires (2012:11) distinguen tres funciones de las instituciones de igualdad: i) *funciones político administrativas*, expresadas en un organismo al interior del Estado que tiene como propósito integrar los intereses de los grupos que representa a la formulación de políticas (como Agencias, Ministerios o Secretarías de Estado); ii) *funciones consultivas*, que pueden derivar en la conformación de órganos que tienen como mandato formalizar el acceso de determinados grupos de la sociedad civil en el proceso de formulación de políticas (como Consejos y Comisiones); y iii) *funciones de aplicación jurídica contra la discriminación*, que se expresa en organismos independientes del poder ejecutivo encargados de hacer cumplir la ley, de investigar y tramitar quejas (como el *Ombudsman*⁶⁵). Estas tres funciones serían complementarias y permitirían hacer frente a la complejidad de la desigualdad en diferentes niveles. De modo que un aspecto clave es la formalización de canales de comunicación para la formulación de políticas públicas (Comisiones o Mesas de Trabajo), sobre todo en contextos políticos que no tienen tradición de prácticas de gobierno incluyentes y que son sensibles a los cambios de gobierno (Krizsan, Skjeie & Squires, 2012).

En base a lo expuesto, se observa que la teoría feminista proporciona diferentes aportes al estudio de las políticas públicas y las dinámicas de inclusión/exclusión que estás pueden reproducir o revertir. Primeramente, al criticar las pretensiones de universalidad de los discursos de Estado, que encubre relaciones de poder específicas y, con ello, lógicas de asimilación. La teoría de la interseccionalidad, particularmente, brinda herramientas para comprender cómo operan las dinámicas de exclusión que no pueden ser interpretadas bajo una mirada aditiva o segmentada. La *colonialidad del género*, por su parte, es útil para estudiar el Estado y las políticas públicas en contextos latinoamericanos, en tanto evidencia la gobernabilidad colonial vigente, que sustentaría relaciones de dominación dadas por el género, la raza, la clase social y la sexualidad, que no han sido desestabilizadas. Por tal, estarían presente en el discurso gubernamental y requerirían ser develadas y transformadas. Algunas feministas sospechan de los organismos de género al interior del Estado, pero otras resaltan su importancia y el diálogo que pueda darse entre estos organismos y el movimiento feminista para generar cambios sociales sustantivos.

⁶⁵ Defensor del pueblo o comisionado es una autoridad estatal que tiene como propósito garantizar los derechos de las/os ciudadanas/os ante los abusos que puedan cometer los poderes políticos.

Para complementar estos argumentos, en el siguiente apartado se exponen los debates actuales sobre sexualidad en el ámbito de las políticas públicas.

2.5 El discurso de la sexualidad en las políticas públicas

Una de las contribuciones más importantes del feminismo es el entendimiento de la sexualidad como un mecanismo de control que reproduce un ordenamiento social que somete a las mujeres. Ligado a esto, y a las reflexiones anteriores sobre inclusión/exclusión social e interseccionalidad en el contexto de las políticas públicas, este apartado ahonda en los debates sobre sexualidad que han permitido desestabilizar su representación esencialista, universal y transcultural. Para la exposición de argumentos, esta sección se ha dividido en dos. La primera parte da cuenta de dos corrientes de pensamiento que cuestionan los discursos esencialistas de la sexualidad, para luego vincular estos debates con la propuesta feminista de la interseccionalidad. La segunda parte ahonda en cómo la sexualidad puede ser comprendida como un campo de disputa, donde no sólo median relaciones de poder, sino que participan diversos discursos que pueden tanto reproducir como desafiar las representaciones hegemónicas (Foucault, 1978/2006; Vance, 1984, 1991; Weeks, 1986/1998; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Desde este entendimiento, se esboza cómo diferentes discursos dialogan y se replantean en el escenario de las políticas públicas en América Latina, dado que esta tesis aborda el caso chileno.

2.5.1 Sexualidad como ideal regulatorio

Entre los aportes conceptuales que han cuestionado los discursos esencialistas sobre la sexualidad, pueden mencionarse cuatro vertientes: i) Los *estudios de antropología social*, que han documentado una amplia variación en conductas, significados, identidades y culturas sexuales en diferentes parte del mundo⁶⁶; ii) Los *aportes de Sigmund Freud*, quien cuestionó las versiones esencialistas de la sexualidad al afirmar que el impulso sexual no tiene más objeto que la satisfacción y que el ser humano nace con una bisexualidad originaria; iii) *La nueva historia social*, inaugurada por Michel Foucault (1978/2006, 1984/2006a, 1984/2006b) y desarrollada por Jeffrey Weeks (1986/1998) y otros historiadores de la vida privada, que ha demostrado que la sexualidad, la homosexualidad e incluso los cuerpos son construcciones culturales e históricas específicas; y iv) el *feminismo*, que ha pensado la sexualidad no sólo como expresión del placer, sino además como una relación de poder (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:92-95). De estos cuatro itinerarios, se ahonda en el *feminismo* y en la *nueva historia social*,

⁶⁶ Entre los autores que han trabajado estos asuntos se encuentran Malinowski (1929), Mead (1935), Devereux (1937), Rosaldo y Lamphere (1974), entre otros (Amuchástegui y Rodríguez, 2005).

pues han sido sustanciales para el desarrollo de esta tesis y del modelo conceptual propuesto.

2.5.1.1 Aportes desde el feminismo

El feminismo, específicamente el feminismo radical, ha denunciado que la dominación masculina sobre las mujeres está sustentada en una representación naturalizada de la sexualidad (Millet, 1975/1997; MacKinnon; 1982; Barry, 2005). La sexualidad, entonces, no remite a un hecho biológico, sino a una construcción social y política que señala a las mujeres como inferiores. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres no sólo operan a nivel público, sino también en el espacio privado, lo que sienta las bases de una sociedad desigual. Con la frase “*lo personal es político*”, el movimiento feminista posiciona lo “íntimo” como tema público, mostrando que las experiencias personales de las mujeres tienen importantes consecuencias políticas. Así, la sexualidad y los asuntos relacionados a ésta (como la violación y el aborto), que antes eran circunscritos a la esfera privada, se convirtieron en reivindicaciones políticas y de debate público.

La sexualidad al ser una relación social que trasciende el sexo biológico y sus fines reproductivos, es una construcción social que puede (y debe) ser repensada, pues carga y reproduce relaciones de poder que mantienen un determinado *status quo*. Con esto se reconoce la existencia de un *sistema sexo/género*, que otorga significados, valores y jerarquías a los sujetos, en base a la diferencia sexual anatómo-fisiológica (Rubin, 1975, 1984; Lauretis, 1987; Barbieri, 1993). Un sistema que transforma “la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubin, 1975:159), el cual no sólo instala la supremacía masculina sobre las mujeres, sino también (re)produce y naturaliza la heterosexualidad (Millet, 1975/1997; Wittig, 1978/2006; Rich, 1980/1996; Rubin, 1984; Butler, 1990/2007, 1993/2002). La heterosexualidad, entonces, ya no es vista como opción sexual, sino como una tecnología que administra, gestiona y moldea los cuerpos con fines políticos específicos.

Esta *matriz de inteligibilidad*, como la denomina Judith Butler (1990/2007), actúa por medio de la opresión y la exclusión de todo aquel que no cumpla la norma tradicional de género. Además, ésta opera por normalización, al incluir un modelo de coherencia (entre sexo, género y deseo), mediante la que los cuerpos e identidades adquieren significado y existencia social. A partir de este modelo de coherencia, se construiría la sexualidad, se estratificaría la sociedad, se definirían las esferas público/privado, se organizarían las instituciones y los roles sociales de los sujetos. La *matriz de inteligibilidad* operaría en el ámbito público, donde las mujeres, sus demandas y necesidades son invisibilizadas o reducidas a su función social reproductiva; y en la esfera privada (por ejemplo, la familia),

donde la sexualidad de las mujeres queda subordinada a la de los hombres, al asociarse casi exclusivamente a la reproducción.

La sexualidad entendida como construcción social y política permite criticar el determinismo biológico y las relaciones históricas entre la dominación masculina, la ideología científica, el desarrollo de la ciencia y la biomedicina en Occidente. La lucha a favor del aborto y el control de la natalidad representaron una tentativa para desvincular la sexualidad de la reproducción y de los roles de esposa y madres. Con esto se comprende que la asociación de un cuerpo sexuado con un género específico es un producto mediado socialmente: la feminidad y la masculinidad son logrados mediante un persistente proceso de socialización (Butler, 1990/2007; Vance, 1991).

2.5.1.2 Aportes desde la nueva historia social

La nueva historia social entiende la sexualidad como un dispositivo histórico, producido por una red de poderes, que crea cuerpos, identidades, favorece sentires y genera posibilidades de placer. Para Foucault (1978/2006), lo sexual no ha sido reprimido, sino nombrado y naturalizado para facilitar su control y regulación. La sexualidad sería un dispositivo de poder construido históricamente con el fin de localizar el control de los sujetos dentro de ellos y no en un poder externo. La puesta en discurso del sexo permitió el nacimiento de saberes especializados (como la psiquiatría y la medicina) que colaboraron en el diseño de dispositivos de vigilancia y autovigilancia. Se incita el saber para, desde ahí, regular y clasificar los cuerpos y las prácticas sexuales. Este dispositivo de saber/poder permite a las sociedades modernas⁶⁷ la regulación de los sujetos por dos vías: la de los cuerpos individuales, a través de la vigilancia de cada quien sobre su deseo, su placer, sus prácticas y la sujeción a cierta identidad; y la regulación de las poblaciones, que suscita que los individuos participen de los modelos poblacionales que convienen a los Estados (por ejemplo, al generar incentivos a la natalidad después de una guerra o con fines nacionalistas). De este modo, la sexualidad permite la administración de la vida, al ser un poder que se ejerce positivamente (biopoder) (Foucault, 1978/2006).

Para Foucault (1970/2002; 1994/1999), los discursos, en general, y los discursos sobre la sexualidad, en particular, no son estáticos, sino que varían de acuerdo a las características de las estrategias del poder. Según el autor existen tres procedimientos de exclusión que

⁶⁷ Para el autor, el origen de la sexualidad como dispositivo de poder se encuentra en el siglo XIX, principalmente en las nuevas técnicas utilizadas por la naciente sociedad capitalista burguesa para administrar, maximizar y distribuir la vida. En este contexto, existe un auge de discursos científicos alrededor de la sexualidad, que, a diferencia de otras sociedades, ocultarían el deseo, el placer y el conocimiento que tienen las personas de sí mismas. Algunas autoras, como María Lugones (2008; 2010), Capucine Boidin, (2010) y Rita Segato (2014) problematizarían este argumento pues olvida, por ejemplo, que los dispositivos de poder sobre la sexualidad pueden evidenciarse incluso en el proceso colonial llevado en Latinoamérica desde el Siglo XVI.

operan en la construcción de un discurso: el establecimiento de *lo prohibido* (tabú) o discursos que no pueden circular libremente; la *exclusión* de discursos, al ser representados como poco importantes o inválidos; y el establecimiento de *lo verdadero* y *lo falso*. Estos procedimientos han definido qué sexualidades y prácticas sexuales son válidas y pueden ser nombradas, y cuáles deben ser borradas y/o normalizadas, lo que genera la ficción de una sexualidad universal.

Autoras/es como Carole Vance (1984, 1991) y Jeffrey Weeks (1986/1998) han mostrado cómo la sexualidad está lejos de ser una realidad objetiva anclada a la naturaleza, por lo que debe comprenderse como una invención histórica que se expresa bajo condiciones sociales, históricas y culturales particulares. Actos sexuales idénticos pueden tener significados sociales y subjetivos variables, dependiendo de cómo sean definidos y entendidos, pues la relación entre actos y significados sexuales no es fija ni universal, sino que es construida de diversas maneras (Vance, 1991). La cultura sería un estímulo o inhibidor de actitudes, relaciones y actos sexuales genéricos, al otorgar significado al cuerpo. A partir de esto, se organizarían las estructuras sociales (Estado, ciencia, iglesia, etc.) para controlar la sexualidad y reproducir un determinado orden social. La sexualidad vinculada a la heterosexualidad y la reproducción correspondería sólo una pequeña parte del “universo sexual”, que no puede asumirse como universal (Vance, 1991). “La sexualidad puede pensarse, experimentarse y actuarse de manera diferente de acuerdo con la edad, la clase, el grupo étnico, la capacidad física, la orientación y la preferencia sexual, la religión y la región” (Vance, 1984:7).

Las contribuciones desde el *feminismo* y la *nueva historia social* dan cuenta cómo la representación de la sexualidad responde a dinámicas de poder discursivo, que no son casuales, sino que responden a cómo se estructuran los discursos en sociedades específicas (Weeks, 1986/1998). Estos argumentos pueden vincularse con la teoría de la interseccionalidad revisada en el apartado anterior (Sección 2.4.2.2), donde dinámicas de exclusión determinadas modelan una representación de la sexualidad hegemónica (como la heterosexualidad procreativa), mientras otras son subalternizadas (como la homosexualidad o la sexualidad en personas en situación de discapacidad). En la siguiente sección se ahonda en cómo la interseccionalidad puede aplicarse al estudio de la sexualidad y qué ejes de exclusión son relevantes de integrar a estos análisis.

2.5.1.3 La sexualidad y su relación con la interseccionalidad

La sexualidad ha sido un tema fundamental en el pensamiento social, por tanto objeto de regulaciones, debates éticos y políticas públicas en diversos momentos históricos. La cultura occidental/moderna otorga un significado particular a la sexualidad, que se asume como universal y transcultural, y desde la cual se organizan las estructuras sociales

(Estado, ciencia, Iglesia, etc.) para controlarla y reproducir un orden social específico. Estos discursos tienen efectos éticos y políticos que sustentan procesos de clasificación, estigmatización y segregación de ciertos grupos, individuos y prácticas sexuales (Foucault, 1978/2006; Rubin, 1984; Weeks, 1986/1998; Lauretis, 1987; Vance, 1991; Butler, 1993/2002; Parker y Aggleton, 2002; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Amuchástegui y Rivas, 2008). De manera que no existe “relación erótica o sexual que suceda fuera de un campo de poder y de estructuras de desigualdad que determinan los modos en que vivimos nuestros cuerpos, deseos y actividades” (Amuchástegui y Rodríguez, 2005:101). Aquí también operan dinámicas de exclusión/inclusión particulares, que marginan a determinados sujetos, grupos y representaciones de la sexualidad del espacio público y los discursos oficiales.

Al vincular el debate de la sexualidad con la interseccionalidad es posible comprender que las representaciones hegemónicas sobre la sexualidad articulan múltiples estrategias de poder —que operan a nivel local y global—, donde destacan especialmente tres ejes: la clase social, el género y la raza (Weeks, 1986/1998; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011; Segato, 2014). La sexualidad se construye a partir de un canon (burgués, masculino, occidental, blanco/mestizo y heterosexual) que justifica la intervención y normalización de todo lo que se sitúa “fuera” de éste. Se valida, por ejemplo, la regulación de la sexualidad femenina no reproductiva, el control de la natalidad en países del “Tercer Mundo” y la regulación de la sexualidad en personas homosexuales a partir del VIH/Sida (Weeks, 1986/1998; Parker y Aggleton, 2002; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

En la construcción de la sexualidad también opera la *colonialidad del género*, que permea el discurso político y legal en diferentes partes del mundo. Un ejemplo de esta interacción sería el estigma social sobre el VIH/Sida, donde está presente la transgresión de la *norma heterosexual* y de *género*, ya que se asocia a la promiscuidad sexual y a la homosexualidad; de *raza/etnicidad*, al vincularse con poblaciones minoritarias, como las/os afrodescendientes; y de *clase social*, al relacionarlo con sectores económicamente marginales (Parker y Aggleton, 2002:17). Estas representaciones refuerzan las ideologías dominantes sobre “lo bueno” (deseable) y “lo malo” (indeseable) respecto de la sexualidad, por lo que pueden ser vistos como mecanismos ideológicos de poder (Parker y Aggleton, 2002). Otro ejemplo, es la penalización de aborto en América Latina, donde las consecuencias más nefastas (como las muertes por abortos clandestinos y las penas de cárcel) la sufren mujeres pobres y de los sectores más marginados de la sociedad (Shepard, 2000; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

En esta línea, Ana Amuchástegui y Yuriria Rodríguez (2005:102) advierten que la sexualidad como mecanismo de poder también implica considerar aquellas dimensiones

que definen a ciertos sujetos como no autónomos o no preparados para tomar decisiones, como lo son las/os niñas/os, las/os adolescentes y jóvenes, las/os adultos mayores, las personas con discapacidad mental y/o física, y todos los grupos socialmente marginados y estigmatizados. De modo que a las estrategias de poder sobre la sexualidad que aluden a la clase social, al género y la raza, se complejizan al integrar las jerarquizaciones que competen a la edad y la funcionalidad.

La sexualidad adulta definida como norma, representa en una posicionalidad periférica la sexualidad de las/os niñas/os, las/os adolescentes, las/os jóvenes y las/os adultas/os mayores. La sexualidad infantil estaría invisibilizada, porque las/os niñas/os carecerían de autonomía moral/legal para poder decidir sobre su cuerpo y su sexualidad (Larraín y Walker, 2005; Couso, 2009). Las/os jóvenes y adolescentes, por su parte, no estarían totalmente preparados para asumir estas responsabilidades, por encontrarse en un tránsito hacia la autonomía afectivo-sexual, social y económica (López, *et al*, 2005). En la vejez, al primar estereotipos negativos asociado a las capacidades físicas disminuidas, se asume el fin de la vida sexual. No sólo de la capacidad reproductiva, sino también del deseo sexual (Krassoievitch, 1994; Regueta, Cervera, Pérez y Del Toro, 2002; Vásquez, 2006; Hernández, 2008; SENAMA, 2009). Aunque se acepta que la sexualidad puede estar presente en cualquier momento de la vida, también se cree que hay algo de inadecuado en que sujetos “no-adultos” la expresen. Esta idea refuerza la sexualidad como un tema prohibido o que debe ser ocultado en ciertas etapas de la vida.

Por otro lado, la funcionalidad corporal que es distinta a la considerada “normal” también gravita en el ámbito de la sexualidad⁶⁸. Las necesidades y demandas sexuales y reproductivas de estos sujetos son invisibilizadas, al ser representados como asexuados. La inclusión social de las personas con discapacidad se relaciona con temas productivos (de accesibilidad, laborales o académicos) y su sexualidad pocas veces es tematizada. Por lo general, los familiares de varones con discapacidad se muestran más dispuestos a abordar este ámbito, pero en las mujeres la atención está en la prevención de un posible embarazo (Cruz, 2004). La regulación de la fertilidad de mujeres en situación de discapacidad se sustenta en la supuesta imposibilidad de éstas para cuidar de sus hijas/os, a la vez que se arguye el pretexto de evitar el nacimiento de personas con discapacidad. En base a estas convicciones, el abordaje de la sexualidad de personas con diversidad funcional se ve truncado y en el mejor de los casos se enfoca sólo en la anticoncepción. Así, a pesar de que la “identidad femenina” se asocia a la capacidad de “dar vida” y la

⁶⁸ La exclusión de las personas en “situación de discapacidad” procede de las dinámicas capitalistas de producción y consumo, pues sus cuerpos no satisfacen los estándares de productividad y autonomía funcional exigidos por una sociedad, que ha instituido el trabajo productivo como la principal vía de acceso a la independencia y la ciudadanía (Guzmán y Platero, 2012:126).

maternidad, estos elementos son negados a aquellas personas que no cumplen con el estándar de capacidad (físico o mental) (Cruz, 2004; 2014). Las personas con discapacidad suelen ser representadas como carentes de autonomía moral para decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción. Con esto se justifica el control de sus cuerpos, que van desde negar información sobre sexualidad hasta las esterilizaciones forzadas (Cruz, 2012; Guzmán 2012; Alamany, 2015).

Estos diferentes ejes de dominación (género, sexualidad, clase social, etnicidad, diversidad funcional y edad) se co-construyen para definir una sexualidad normativa (aceptada, visibilizada y deseable). Este canon responde a una sexualidad burguesa, masculina, occidental/blanca/mestiza, heterosexual/reproductiva, adulta y capacitista/funcional. Esta construcción deriva en la cristalización de estereotipos, estigmas y dinámicas de exclusión en el plano sexual. Por ejemplo, esta representación de la sexualidad avala las siguientes situaciones: la creencia que vincula la sexualidad de mujeres negras con la promiscuidad y lo lascivo, lo que justifica o resta importancia a las violencias sexuales vividas por éstas; la mayor explotación sexual de niñas que de niños; la mayor reprobación social a la sexualidad en mujeres adultas mayores que en hombres adultos mayores; la supuesta propensión de hombres homosexuales, de clases populares y/o minorías étnicas a contraer VIH/Sida; la creencia generalizada de que las personas en situación de discapacidad, sobre todo las mujeres, no sienten deseo sexual y/o que su reproducción es perjudicial; entre otros estereotipos y estigmas sociales (Parker y Aggleton, 2002; López, *et al.*, 2005; De Zordo, 2006, 2012; Viveros, 2002, 2008, 2009; Logroño, 2007; Couso, 2009; Gil Hernández, 2008, 2011; Cruz, 2004, 2012; Guzmán y Platero, 2012). Esta sexualidad normativa representa como marginales, indeseables y necesarias de intervención a todas aquellas sexualidades que no se ajusten al canon. Lo que niega la autonomía moral de determinados sujetos, principalmente de aquellos donde se urde más de una transgresión a la norma (por ejemplo, lesbianas afrodescendientes, mujeres adultas mayores pobres, mujeres en situación de discapacidad, etc.).

Las consideraciones aquí expuestas permiten visibilizar la pluralidad de experiencias y representaciones sobre la sexualidad existente y cómo dinámicas de poder específicas definen una sexualidad normativa que no siempre es develada en los discursos institucionalizados (Estado, Iglesia, escuela, etc.) y/o en los mismos movimientos sociales, donde si se cuestiona una dimensión de poder, otras suelen mantenerse intactas. El movimiento por la diversidad sexual, por ejemplo, suele representar un sujeto masculino, blanco/mestizo y de clase media; y el movimiento de mujeres tiende a visibilizar la realidad de mujeres blancas/mestizas heterosexuales y de clase media. Esta situación permite comprender cómo se imponen ciertas agendas políticas en el ámbito de la sexualidad, tanto en las políticas públicas como en el discurso de los movimientos. Lo

que plantea el desafío de generar perspectivas más holísticas que den cuenta de los distintos modos de vivir la sexualidad (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

Aunque la sexualidad opere como una relación de poder, ésta no es estática, sino que puede ser dismantelada, refutada y subvertida. La sexualidad opera a través de mecanismos complejos, superpuestos y fuertemente contradictorios, que no sólo genera dominios y subordinaciones, sino también oposiciones y resistencias (Weeks, 1986/1998). Desde esta óptica, la sexualidad es más bien un campo de disputa, donde median diversos discursos, por ejemplo, esencialistas, constructivistas y emancipatorios; y diferentes actores, por ejemplo, el Estado, organismos académicos y movimientos sociales (Vance, 1991; Amuchástegui y Rodríguez, 2005).

2.5.2 La sexualidad como campo en disputa

La sexualidad además de ser concebida como un mecanismo de poder discursivo, puede ser comprendida como un campo de disputa política y simbólica. En este intercambio, se debaten diversas representaciones que pueden tanto reproducir como desafiar los presupuestos hegemónicos sobre lo que la sexualidad es o debiese ser. Diversos actores, con sus respectivas interpretaciones, son partes del proceso de cristalización del discurso sobre la sexualidad. Entre los argumentos que han moldeado este debate pueden identificarse por lo menos cuatro: *religioso*, sustentados en razones morales según la doctrina cristiana; *biomédico* o científico respaldados en evidencias de orden natural, físico u biológico; *político-nacionales*, articulados sobre fundamentos de orden social, control de poblaciones y razones del Estado; y *emancipatorios*, que desafían los argumentos esencialistas y/o tradicionales (Foucault, 1978/2006; Weeks, 1986/1998; Vance, 1991; Bonan, 2004; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Amuchástegui y Rivas, 2008). Estas representaciones pueden organizarse cronológicamente y, a la vez, observarse simultáneamente en un mismo escenario social. A continuación se tratan brevemente cada uno de estos discursos.

En un primer momento, en Occidente, la sexualidad estuvo moldeada por un *discurso religioso*, donde lo natural era entendido como expresión de Dios y el control social de la sexualidad fue definido por los criterios de “lo correcto” y “lo incorrecto”. La religión construye “el pecado” en torno a la sexualidad, con el propósito de establecer una representación esencialista, que la vincula a la moral católica, la heterosexualidad y la reproducción humana.

Con la secularización de las sociedades, se instala un discurso sobre sexualidad ligado a la *ciencia* (medicina, sexología, psiquiatría), que la estudia y define sus límites y características. Así, se instauran criterios de “normalidad” y “anormalidad” que sientan

las bases para la clasificación y estigmatización de ciertos sujetos (Foucault, 1978/2006). El lenguaje biomédico, que asocia la sexualidad con la enfermedad (VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual), patologizó las prácticas sexuales fuera del canon (por ejemplo, la homosexualidad y la lesbianidad). Este énfasis subraya la “otredad” y la necesidad de intervención de determinados grupos (como mujeres de estratos sociales bajos, inmigrantes, mujeres que ejercen la prostitución y homosexuales), remarcando la naturalidad de la norma (Vance, 1991; Parker y Aggleton, 2002; Miller, 2004; Amuchástegui y Rivas, 2008). La supuesta neutralidad de la ciencia invisibiliza la moralidad que subyacen a estos discursos, al proponer representaciones específicas de “lo bueno” (saludable/natural/normal) y “lo malo” (enfermo/desviado). Esta creencia justifica la intervención no sólo profesional, sino también estatal en el campo de la sexualidad (Vance, 1991).

En tercer lugar, se hallan *discursos político-nacionales*, desde donde los Estados y los organismos internacionales administran la natalidad y ciertas conductas sexuales. En diferentes momentos históricos, los Estados han buscado controlar y/o promover la sexualidad y su función reproductiva. Primero de la mano de un *discurso religioso* (por ejemplo, en el proceso de colonización con propósitos de evangelización y aculturación) y, posteriormente, vinculado a *discursos sanitarios* (como con las políticas de control de poblaciones en países del “Tercer Mundo”). Esto permite la emergencia y el desarrollo de nuevos discursos regulatorios. A las prácticas y discursos de la ciencia y la salud, se suman los de la educación y el trabajo social, donde, por ejemplo, el lenguaje del abuso sexual y/o de patologías asociadas a la sexualidad establece límites sobre lo que puede o no puede hacerse, reforzando determinadas normas morales. Como afirma Weeks (1986/1998:77)

“A medida que la sociedad se preocupa cada vez más por la vida de sus miembros, en beneficio de la uniformidad moral, el bienestar económico, la seguridad nacional o la higiene y la salud, también se preocupa cada vez más por la vida sexual de sus individuos, dando lugar a métodos complicados de administración y gerencia y a una proliferación de ansiedades morales, intervenciones médicas, higiénicas, legales y de asistencia social, o indagación científica.”

La sexualidad se convierte en un asunto social, político y moral cada vez más importante, que interpela la intervención del Estado. Con la representación de diversas “crisis sociales” (por ejemplo, el contagio de VIH/Sida o el descenso en la tasa de fecundidad) se cristalizan algunas preocupaciones sobre la sexualidad, como las normas al interior de la familia, las relaciones entre hombres y mujeres, la naturaleza de la sexualidad femenina y las desviaciones sexuales, entre otros temas. La sexualidad, así, es cada vez más importante dentro del funcionamiento del poder en las sociedades contemporáneas (Weeks, 1986/1998).

Finalmente, en el debate sobre la sexualidad, se identifican discursos *emancipatorios* que surge con más fuerza en las últimas décadas. Frente a la influencia discursiva de grupos socialmente poderosos, grupos minoritarios (como los movimientos feminista y de la diversidad sexual, e investigadoras/es ligadas/os a la antropología y los estudios de género) introducen nuevas vías para pensar y organizar la sexualidad, desestabilizando las relaciones de poder que proponen los tres discursos anteriores. Los discursos emancipatorios han implicado una revisión del conocimiento médico y social, y la reinención de las racionalidades del Estado, lo que se distancia de las formas de regulación propuestas por la modernidad liberal (Bonan, 2004:7).

Los discursos de resistencia son un intento por construir nuevos imaginarios sociales, políticos y simbólicos –que refuten la noción hegemónica y esencialista de sexualidad–, alejados de modelos unidimensionales de cambio social, para pensar relaciones dinámicas entre el Estado y los distintos actores políticos. Ejemplo de esto es el movimiento feminista, que ha confrontado la tensión dialéctica entre regulación (derechos colectivos, servicios sociales y promoción del bien común) y autodeterminación (derechos individuales, autonomía, libertades y participación política) en el ámbito de la sexualidad, cuestionando la división “público/privado” y los criterios de inclusión que subyacen a la ciudadanía moderna (Bonan, 2004).

Estos cuatro discursos, presentes en el debate público sobre sexualidad, han impactado el lenguaje de las políticas públicas y cómo éstas representan los problemas y las soluciones en este ámbito. En la década de los 60, los organismos internacionales (como UNFPA), hablan de *control de la natalidad*, desde un discurso de control de poblaciones. También se ha aludido a la *planificación familiar*, desde una mirada sanitaria y conservadora, que concibe la regulación de la fertilidad sólo en el contexto familiar tradicional (Bonan, 2004). En los 90, a partir de las demandas del movimiento feminista, estos temas se posicionan desde una lógica de *salud sexual y reproductiva*, con un marcado discurso sanitario en articulación con una mirada político-nacional. En la actualidad, los organismos internacionales, algunos Estado y los movimientos sociales hablan de *derechos sexuales y reproductivos* (El Cairo, 1994; Beijing, 1995), con el propósito de reivindicar la sexualidad y la reproducción como parte del ejercicio de ciudadanía (Amuchástegui y Rivas, 2008). Con ello se trasciende la regulación de la fertilidad para pensar un espectro más amplio de la sexualidad (autodeterminación, autoconocimiento y placer). El debate es dinámico y en construcción. Junto con los discursos *religiosos*, *científicos* y *político-nacionales* coexisten discursos *emancipatorios*, que al dialogar se modifican mutuamente. En la siguiente sección se presenta cómo estos cuatro discursos han estado presentes en el debate público en América Latina y cómo paulatinamente se han ido renovando.

2.5.2.1 Sexualidad y políticas públicas en América Latina

Los cuatro discursos sobre la sexualidad descritos (religiosos, biomédicos, político-nacionales y emancipatorios) coexisten y dialogan actualmente en el contexto latinoamericano (Bonan, 2004; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Esto permite que los actores que los sustentan los modifiquen con el propósito de validar sus propuestas y ganar más adeptos. El devenir del debate tiene importantes repercusiones en la formulación de las políticas públicas. Por ello, a continuación se esboza brevemente qué ha sucedido al respecto en América Latina –contexto en el que se sitúa Chile—, reparando en la amplia influencia que ha tenido la Iglesia Católica, el impacto de los movimientos sociales en los discursos biomédicos y de Estado, y cómo los movimientos sociales, además, han integrado a sus reivindicaciones el discurso de derechos humanos.

2.5.2.1.1 La influencia de la Iglesia Católica en las políticas de Estado

Dada la tradición católica, patriarcal y colonizadora en Latinoamérica, uno de los discursos que ha tenido mayor impacto en la región ha sido el de carácter religioso, ligado a la Iglesia Católica y a partidos políticos y sectores sociales conservadores (Bonan, 2004; Vera, 2004; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Este discurso se ha opuesto sistemáticamente a cualquier modificación del orden de género, asociado a la familia tradicional y la reproducción. Ya no puede hablarse de un “purismo religioso”, sino más bien de argumentos que van tomando nuevos ribetes a partir del intercambio con discursos médicos, sobre derechos humanos y en contraposición a discursos emancipatorios (provenientes del movimiento feminista y de la diversidad sexual).

Dentro de las nuevas estrategias, el Vaticano ha promovido una campaña ideológica y política contra los llamados derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) a nivel internacional, descalificándolos como expresiones del liberalismo, hedonismo, relativismo y de una “ideología de género”, que conspira contra la vida y la familia (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Esta noción ha sido promovida al interior de la Iglesia Católica para proponer la alternativa católica al feminismo e incidir en las políticas públicas de gobiernos latinoamericanos, sobre todo en aquellas que incumben a la sexualidad. Asimismo, la/s Iglesia/s⁶⁹ y los sectores conservadores han integrado algunas nociones de los discursos médicos y de derechos humanos para reforzar la defensa de sus prescripciones morales, por ejemplo, al defender que la vida humana comienza con la concepción y al posicionar el derecho a la vida y la familia como fundamentales (Shepard, 2000; Bonan, 2004).

⁶⁹ En Latinoamérica es más preciso hablar de “las iglesias” (aunque el catolicismo sigue teniendo un rol preponderante), dado el crecimiento explosivo de las iglesias evangélicas protestantes (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

Este discurso tradicional religioso estaría aún enraizado en las lógicas de la institución médica y estatal, teniendo una amplia influencia en el debate y la legislación sobre sexualidad en Latinoamérica. De acuerdo a Bonnie Shepard⁷⁰ (2000), la influencia de la ideología católica da origen a un *sistema de doble discurso* que viola los DDSSRR y afecta a la capacidad de las personas para ejercerlos, pues se hace difusa la distinción entre los códigos morales religiosos (“inmoralidad”) y las normas legales (“ilegalidad”). El *sistema de doble discurso* se caracteriza por una brecha entre el discurso público, que define políticas públicas represivas o negligentes, y los discursos privados, donde se tolera el uso de mecanismos no oficiales (a menudo ilegales), que hacen posible que en el ámbito privado las personas accedan a opciones más amplias respecto de su vida sexual y reproductiva. Un ejemplo de esta brecha, es la penalización del aborto en algunos países latinoamericanos⁷¹, en contraste con la posibilidad de realizar abortos clandestinos en centros de salud privados (Shepard, 2000). En la región, la interrupción voluntaria del embarazo es uno de los temas más polémicos y publicitados en el debate sobre los DDSSRR.

Este *doble discurso* permite un acomodo social de puntos de vista discordantes sobre la sexualidad y la reproducción, y mantiene el *status quo* de las políticas públicas, gracias a la existencia de *válvulas de escape* (como los abortos clandestinos), que amplían las opciones sexuales. No obstante, las *válvulas de escape* no garantizan un acceso en forma continua y segura, ni el respeto por los derechos fundamentales. Las consecuencias más nefastas de las políticas restrictivas recaen en los sectores de menores ingresos y en grupos marginados (como las minorías étnicas y las personas en espacio rurales), quienes tienen menos oportunidades de acceder a estas *válvulas*. Las clases sociales medias y altas no sufrirían las consecuencias de estas leyes, lo que debilitaría la voluntad política y social para impulsar un cambio legislativo que resuelva el problema de una manera efectiva y consensual (Shepard, 2000:114).

Otra característica del *sistema de doble discurso* es que, manifestar públicamente la intención de reformar una norma legal validada por la autoridad religiosa, conlleva altos costos electorales y políticos, por ejemplo, ataques públicos y la pérdida de apoyo político (Shepard, 2000; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Estos costos se vinculan a una falta de voluntad, por parte de los gobiernos y los partidos políticos, para propugnar reformas, que al entrar en la agenda pública suelen dejarse sin debatir ni legislar. La lógica del sistema de partidos contribuye a cercenar el debate sobre el aborto, por ejemplo, cuando

⁷⁰ Bonnie Shepard ha estudiado el debate y la legislación sobre los DDSSRR en Colombia, Perú, Brasil y Chile.

⁷¹ En América Latina, el aborto es legal sólo en Cuba (1965), Puerto Rico (1973), Guyana (1995) y Uruguay (2012), y ha habido avances hacia la despenalización en Ciudad de México (2007) y Colombia (2006).

la competencia interpartidaria lleva a los partidos a moderar sus discursos y evitar temas susceptibles de alejar una porción decisiva del electorado (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Otro costo político que implica denunciar la brecha entre el discurso público y las prácticas privadas, se relaciona a la posible restricción de las *válvulas de escape* existentes, por parte de las autoridades legislativas, lo que presenta un problema ético a quienes abogan por las reformas.

El *doble discurso* evidencia cómo argumentos religiosos se articulan con preceptos político-nacionales, a pesar de que el Estado se proclame laico. Las autoridades de gobierno se sentirían obligadas a adherir a la norma católica, al tiempo que la Iglesia ejerce su influencia sobre la opinión pública, con el propósito de obstaculizar cualquier cambio legislativo, por ejemplo, sobre el aborto, la anticoncepción o la educación sexual (Shepard, 2000; Bonan, 2004; Vera, 2004; Guzmán & Seibert, 2010). La influencia de la Iglesia Católica se concatena con la retórica de ciertas leyes que, diseñadas para promover los DDSSRR, no pasan de ser “letra muerta”, en parte, por obstáculos procedimentales. Un ejemplo de esto, sería la falta de reglamentación o financiamiento para la implementación de ciertas medidas (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011:52).

Las principales estrategias para hacer frente a este *doble discurso* en América Latina han sido dos: usar los datos epidemiológicos más evidentes para exponer algunos problemas de salud pública (por ejemplo, adolescentes con vida sexual activa o mujeres que practican aborto); y recurrir al *lobby* (lejos de la opinión pública) para ejercer influencia sobre quienes dictan las leyes, existiendo un desequilibrio entre quienes hacen *lobby* en contra (que suelen tener mayor acceso a recursos y redes) y a favor de los DDSSRR (Shepard, 2000:134). Así, algunas relaciones personales son extendidas al ámbito público, lo que manifestaría cierta incapacidad, de instituciones supuestamente racionales como el Estado, para subordinar los intereses de las élites. Esto ocurre en un contexto de acceso desigual a la justicia, que está determinado por un conocimiento diferencial de los derechos y un acceso inequitativo a los recursos, lo que origina formas estratificadas de ciudadanía, contrarias al Estado de Derecho (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

2.5.2.1.2 Los aportes del movimiento feminista y de la diversidad sexual al debate latinoamericano

A este debate se han incorporado los movimientos feminista y de la diversidad sexual, quienes, desde los años 90, vuelven a politizar la discusión⁷². Esto implica dos procesos

⁷² Se habla de una repolitización del debate sobre la sexualidad y la reproducción, dado que, en América Latina, el movimiento feminista y de mujeres ya había puesto estas demandas en el espacio público en décadas anteriores. No obstante, los regímenes dictatoriales, en diferentes países de la región, barrieron con los avances alcanzados hasta entonces. Con la restitución de regímenes democráticos, se vuelven a politizar las demandas en el ámbito.

simultáneos: la desincorporación de cuadros de interpretación más tradicionales de la política de regulación de la sexualidad y la reproducción; y la reincorporación de discursos que comprenden estos ámbitos como relaciones sociales que implican elecciones, acuerdos y negociación, y que son mediadas por conflictos de poder (Bonan, 2004:19). Todo esto lleva a cuestionar la arbitrariedad en la definición de las esferas público/privado, el vínculo entre sexualidad y reproducción, las relaciones entre saber médico y sujeto femenino, y el papel del Estado en las dinámicas de regulación de la sexualidad y la reproducción (Bonan, 2004).

Esta reflexividad permea el mundo médico, académico, gubernamental, religioso e internacional. El discurso emancipatorio promueve procesos políticos participativos, interactivos y relacionales que competen a una diversidad de actores (Bonan, 2004). La racionalidad biomédica aparece, por ejemplo, menos monolítica, ya que los movimientos de medicina social y salud pública, los movimientos feministas y el movimiento en contra el VIH/Sida, entre otros, han contribuido a una desincorporación de las lógicas biomédicas (cerradas y jerarquizadas), para incorporar otras formas de relación social. En los años 90, no sólo hubo antagonismo entre sectores médicos y actores feministas, muchas veces hubo diálogo y construcción de sentidos comunes. Feministas con distintas formaciones académicas se especializaron en temas sanitarios, impulsando áreas interdisciplinarias y un conocimiento en salud distinto al tradicional. Esto permite un reconocimiento recíproco entre médicas/os y feministas, y alianzas políticas relativamente estables (Bonan, 2004). Este discurso emancipatorio toma mayor fuerza y los Estados paulatinamente comienzan a reconocer algunos derechos en el ámbito de la sexualidad (como el derecho a la salud sexual y reproductiva).

Además, existen actores que se reapropian de la razón religiosa para defender los DDSSRR, como diversas corrientes de la teología feminista y grupos ecuménicos pro derechos, por ejemplo, el colectivo Católicas por el Derecho a Decidir, que está presente en diversos países de Latinoamérica (Bonan, 2004). Por su parte, la academia –extrauniversitaria primero y posteriormente la universitaria formal– fue integrando gradualmente los estudios de mujeres, género, feministas, de sexualidades, gay-lésbicos y la perspectiva *queer* como campos de investigación y reflexión teórica y metodológica, a partir de una doble filiación: activista e intelectual/profesional (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

2.5.2.1.3 Los movimientos sociales en América Latina y el discurso de derechos

Al igual que los discursos emancipatorios han permeado las políticas públicas sobre sexualidad, algunas razones político-nacionales –esgrimidas por actores internacionales– han sido integradas a la proclama de grupos de la sociedad civil (como los derechos

humanos y la salud pública). Desde una relación de exterioridad con el Estado y la política, se observan distintos tipos de vinculación entre el Estado y los movimientos sociales, donde éstos últimos apelan a que sus demandas sean integradas a la agenda pública (*redistribución*) y, a la vez, buscan participar de los procesos donde dicha agenda se articula (*reconocimiento*) (Fraser, 2006; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011; Gil Hernández, 2011). Se adopta un lenguaje de derechos de matriz liberal, que ha llegado a ser hegemónico en el discurso de los movimientos sociales (DDSSRR, derecho a la diversidad, derecho a la salud sexual y reproductiva), con la intención de ciudadanizar y redefinir las relaciones sexuales y de género sustentadas en concepciones binarias (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

El levantamiento de demandas en estos términos ha permitido, por ejemplo, ampliar las nociones de salud hacia visiones más integrales, legitimar el concepto de DDSSRR y reconocer la importancia de incluir a los grupos afectados en la formulación de las políticas. Lo anterior ha creado nuevos marcos simbólicos y ha logrado que un discurso objetivado como el de la salud reconozca, en parte, la subjetividad de las mujeres y la autonomía de sus cuerpos. Así, políticas demográficas han sido desplazadas por agendas de salud reproductiva (Bonan, 2004; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). No obstante, la hegemonía (neo)liberal y las políticas sociales de organismos internacionales han repercutido en el activismo, instaurando y reforzando (visibilizando e invisibilizando) un proceso ambiguo de ciudadanización y precariedad de los DDSSRR (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011; Curiel, 2010/2014).

Si bien los discursos *político-nacionales* han permitido avances, también abren espacios de despolitización que, al atacar la “enfermedad” o la “vulnerabilidad”, ocultan la estructura de poder subyacente a las problemáticas sobre la sexualidad y la historicidad que las explica. Estos lenguajes privilegian intervenciones en poblaciones específicas, priorizando resultados cuantificables y representando sujetos identificables y estables, lo que es contrario a representaciones sustantivas, contradictorias, múltiples y fluidas. Así, políticas de reconocimiento dirigidas a sujetos de derecho (con derecho al aborto o a la libertad sexual) decantan en políticas de asistencia dirigidas a víctimas (víctimas de virus, de embarazos no deseados, etc.) (Miller, 2004; Amuchástegui y Rivas, 2008; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

En este contexto, y retomando algunos debates éticos (Sección 2.4.1), Amuchástegui y Rivas (2008) plantean la importancia de discutir sobre una *ética ciudadana de la sexualidad*, que apunte a la formación de sujetos que les permitan autorizar sus deseos, prácticas e identidades sexuales, así como respetar las de otras/os. Se trata de dejar atrás las *moralidades orientadas hacia el código* —con énfasis en mecanismos de obediencia—

, para pensar en *moralidades orientadas hacia la ética*, centradas en las formas de relación que el sujeto debe establecer consigo mismo y hacia su comunidad. Esta *ética ciudadana* incluiría la construcción y el ejercicio de una ética de “lo privado y lo público”. No bastaría, entonces, pensar los DDSSRR como libertades individuales, pues no tiene sentido para aquellos sujetos marginados que no tienen la posibilidad de ejercerlas. Se trata de asegurar condiciones de posibilidad para ello, las que no sólo pasan por prestaciones y garantías estatales, sino por la discursividad social y los principios éticos que subyacen a las políticas públicas (Amuchástegui, 2005). El reto sería romper con la ciudadanía estratificada, a través de la transparencia, el control social y la participación de la sociedad civil en el proceso de las políticas (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

De acuerdo a los argumentos revisados, se reconoce la necesidad de alejarse de nociones universales sobre sexualidad en el contexto de las políticas públicas. La sexualidad estaría moldeada por diferentes discursos, que reproducen relaciones de poder múltiples (género, clase social, etnicidad, etc.). Esto construye sexualidades “centrales” (legales/propias) y “periféricas” (ilegales/impropias), lo que justifica la normalización de las últimas y suprime el carácter cambiante y subjetivo de la sexualidad, generando un efecto restrictivo sobre la pluralidad. Por ello sería pertinente detonar un debate que descentre la sexualidad, para pensarla desde lógicas de *pluriversos* (Mignolo, 2000/2003; Grosfoguel, 2008), donde diversas sexualidades puedan coexistir en relación de horizontalidad y diálogo. Lo que implica reconocer la diversidad sexual y renunciar a establecer parámetros “ideales” que no se ajusten a las realidades particulares de las personas.

2.6 La propuesta de un modelo conceptual de análisis

Habiendo abordado las principales referencias conceptuales que dan origen a esta tesis, a continuación se expone el modelo conceptual que busca indagar en la noción de inclusión social en la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015)⁷³. La propuesta busca ser crítica del uso retórico de la inclusión social bajo lógicas de asimilación, para plantear un modelo de análisis de políticas públicas basado en los aportes generados por el feminismo, especialmente aquellos que han sido críticos del ideario *colonial/moderno*. La intención es desarrollar un aparato conceptual que permita comprender las relaciones (neo)coloniales que estructuran las lógicas del Estado y las políticas públicas, para pensar un concepto de inclusión social sobre lógicas plurales: horizontales, heterárquicas y que superen los universales abstractos. Este modelo no sólo interpela la política pública respecto de si es o no inclusiva bajo estos términos, también intenta conocer cuál es el

⁷³ No se descarta la posibilidad de revisar y redefinir esta propuesta para el análisis de políticas públicas en otros ámbitos y otros contextos sociales.

concepto de inclusión social que subyace a ésta. Para la exposición de esta propuesta, el apartado se ha dividido en dos secciones. La primera describe los tres elementos que componen el modelo analítico (*referente normativo*, *visión de sociedad* y *concepción de sujeto*) y las categorías de tendencia⁷⁴ que han facilitado su observación. La segunda sección presenta cómo se ha integrado el enfoque de la interseccionalidad al modelo y qué ejes de exclusión son importantes para el contexto chileno y el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

2.6.1 Los elementos que componen el modelo

El modelo sienta sus bases conceptuales en una reflexión teórica sobre la dimensión ética de las políticas públicas e indaga en la normatividad que guía su proceso de formulación, para conocer cómo se piensa la inclusión social en este contexto. Se parte de una revisión crítica a la investigación desarrollada por Patricio Miranda (2009)⁷⁵, desde las críticas feministas a las teorías éticas universalistas (Sección 2.4.1) y la teoría feminista de la interseccionalidad (Sección 2.4.2.2), para proponer algunas modificaciones al modelo conceptual expuesto por ésta. El estudio de Miranda se pregunta por el contenido normativo de las políticas y su sustentabilidad en escenarios caracterizados por la pérdida de efectividad del control jerárquico desde una cima política, frente a procesos de descentramiento social, donde no hay un único centro rector de la vida social; y las demandas de pluralidad normativa que esto genera, donde diversos grupos y colectivos exigen reconocimiento. Ante esto, Miranda (2009) propone observar dos procesos críticos de las políticas: la *visión de sociedad*, que alude al funcionamiento de la sociedad que proponen y proyectan las políticas; y el tipo de normatividad que sustenta su *referente normativo* o el deber ser que norte a la política.

El trabajo de Miranda se sustenta en teorías éticas universalistas, lo que –junto con rivalizar “justicia” y “vida buena” (Hierro, 1998, 2001; Camps, 1990; Benhabib, 1990, 1992; Pisano, 1994/2004; Tuñón, 2004; López, 2004) – invisibiliza las relaciones de poder que estas teorías reproducen, ignorando la necesidad de atender a un *sujeto situado* (Young, 1987/1990; Hill Collins, 1990/2000; Benhabib, 1992; Carosio, 2007). Por esta razón, se revisa y replantea esta propuesta a la luz de las contribuciones conceptuales de las teorías feministas expuestas en los apartados anteriores, para presentar un modelo de

⁷⁴ No se alude a categorías fijas ni cerradas, sino a la propensión del discurso de la política hacia determinadas lógicas respecto de cada uno de los elementos observados. Se propone pensar estas categorías en la lógica de un *continuum*, donde las fronteras entre una categoría y otra son fluidas.

⁷⁵ Esta investigación fue presentada al Concurso Público Regular FONDECYT el año 2009 (Proyecto N°1095189), junto al Profesor Aldo Mascareño. Ésta fue desarrollada, gracias a financiación FONDECYT, durante los años 2010 y 2011, y aplicada a los ámbitos de política de educación, salud, trabajo, vivienda, justicia y políticas sociales.

análisis a partir de la observación de tres elementos: i) el *referente normativo*, ii) la *visión de sociedad*⁷⁶ y iii) la *concepción de sujeto*.

Se abordan estos tres elementos, pues se entiende que la normatividad en el contexto de las políticas públicas habla de: i) un conjunto de valores, creencias y principios morales que definen la representación de problemas y soluciones (Bacchi, 1999, 2009; Miranda, 2009); ii) una relación social específica entre los actores políticos involucrados, especialmente entre Estado y sociedad civil, que permite que ciertas representaciones de la realidad sean integradas y otras no (Bacchi, 1999, 2009; Miranda, 2009); y iii) una concepción particular de la población a la cual se dirigen las políticas públicas (Verloo, 2005, 2006; Lombardo, Meier & Verloo, 2009; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014). Se considera que indagando en estos tres elementos sería posible conocer cuál es la noción de inclusión social que subyace a las políticas públicas. Con este nuevo modelo, se aspira a superar el sustrato universalista de la propuesta de Miranda, al intentar romper con la dicotomía particularismo/universalismo, en la que se han movido los debates éticos, para pensar en *pluriversos* (Mignolo, 2000/2003; Grosfoguel, 2008). A la vez que se plantea indagar en la *concepción de sujeto*, un “sujeto situado” que no es tematizado por las teorías universalistas.

El *referente normativo* corresponde al conjunto de creencias, principios y valores morales que definen el *deber ser* desde donde se determina en una política qué es un problema y qué fines debe perseguir la acción pública (Miranda, 2009). Éste alude a qué proyectos ético-políticos dialogan al momento de definirse las políticas públicas; y cuáles son las representaciones normativas que en consecuencia son integradas y excluidas del proceso. La *visión de sociedad* apunta a la concepción de sociedad que subyace a la política, es decir, cómo ésta entiende que se estructura la sociedad: qué actores políticos son relevantes para el proceso de las políticas, qué relaciones de poder hay o debiese haber entre dichos actores, quiénes son incluidos y quiénes excluidos; y, desde ahí, cómo se piensa el cambio social, es decir, qué actores son importantes para concebir soluciones y/o debiesen participar de este proceso. En esta tesis, particularmente, la *visión de sociedad* se refiere a las dinámicas de interacción entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil, en el proceso de formulación de la política analizada (Anexo N°1).

A estos dos aspectos contemplados por Miranda (2009), se añade la *concepción de sujeto*, que apunta al cómo es definida y caracterizada la población objetivo de las políticas públicas en términos de interseccionalidad y agencia. Este elemento busca conocer si esta caracterización considera las situaciones particulares de diversos sujetos y colectivos, su

⁷⁶ Se han tomado las nociones de *referente normativo* y *visión de sociedad* del trabajo de Miranda (2009), pues interesa dialogar con esta propuesta, presentando una mirada crítica desde el desarrollo conceptual feminista.

posición en la estructura social; y de qué modo lo hace, si aborda las situaciones de exclusión por separado o las entiende articuladamente (Verloo, 2013; Hancock, 2007; Walby, 2009; Lombardo y Verloo, 2009; Lugones, 2012; Krizsan, Skjeie & Squires, 2012). A la vez, este aspecto indaga en cómo se concibe el sujeto en términos de agencia, si es un mero receptor de la política pública o si, por el contrario, se visualiza como agente de cambio social; no sólo como un sujeto que tiene un problema, sino que además es clave en la solución de éste (Lugones, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014) (Anexo N°1). Este nuevo elemento se articularía con la *visión de sociedad*, pues si se reconoce la agencia de sujetos y grupos —principalmente, en los que operan diversos ejes de exclusión— se entiende la importancia de que éstos participen del diálogo que da origen a las políticas públicas.

Para integrar al modelo las reflexiones conceptuales desarrolladas en este capítulo, se han planteado algunas orientaciones conceptuales⁷⁷, en una lógica de *continuum* (como muestra la Ilustración 1), con el propósito de facilitar la observación de los tres elementos. Para observar el *referente normativo* de la política se han establecido las categorías *particularista*, *universalista* y *pluriversalista*. Las lógicas *particularistas* estarían en conformidad con un sistema de normas que reproduce un orden social legitimador, fundado en el establecimiento de “lo correcto”, y apelaría a la figura de un “tutor moral” que encauce el actuar de la sociedad hacia ello (Miranda, 2009). Esto estaría dado por la imposición de un sistema de valores (una religión o una cosmovisión específica) asumido como el único válido (o superior a otros posibles), que sanciona y/o restringe otros modos de actuar, al no considerarlos moralmente legítimos. El Estado (u otro actor) es representado, entonces, como el actor político por excelencia que debe hacer cumplir esta norma moral particular a toda la sociedad, independiente de si ésta es (o no) compartida.

Las lógicas *universalistas* estarían orientadas por principios procedimentales de alta abstracción que anulan toda posibilidad de que el Estado (u otro actor político) impusiese pautas valóricas que nieguen derechos universales (Miranda, 2009). No obstante, éstas no cuestionarían las relaciones de poder que permiten que determinados sistemas de valores se posicionen como hegemónicos y otros sean subalternizados. Un ejemplo de ello sería el enfoque de derechos humanos que, a pesar de reconocer la existencia de diversas formas de “vida buena” —que deben ser respetadas siempre y cuando no se transgredan ciertos principios fundamentales—, no cuestiona las jerarquías que posicionan a Occidente (las democracias liberales, la medicina occidental) como proyección ética y

⁷⁷ Las orientaciones conceptuales han sido definidas con anterioridad al análisis empírico, en base a la revisión teórica expuesta a lo largo de este capítulo. Si bien estas orientaciones conceptuales estuvieron abiertas a ser modificadas en el transcurso de la investigación, no fueron replanteadas mayormente, dado que la información empírica no lo demandó.

social “deseable”, ante otros proyectos no-occidentales (sistemas de organización comunitaria, la medicina indígena).

Ilustración 1: El modelo conceptual de análisis



Por último, las lógicas *pluriversales*, que superarían el debate particularismo-universalismo, aluden a la coexistencia de diversos proyectos ético-políticos en los que se dé un diálogo horizontal más allá de las lógicas de dominación (Mignolo, 2000/2003; Grosfoguel, 2008). Esto apunta a políticas públicas que no jerarquicen los sistemas de valores presentes en la sociedad, al reconocer su sesgo “occidentalizante”, para no restringir las decisiones de sujetos y grupos en base a sus creencias particulares. Ejemplo de esto sería una política que reconozca los diversos modos de vivir la sexualidad (heterosexual y no heterosexual, en diferentes etapas de la vida, reproductivas y no reproductivas) y de llevar los procesos reproductivos (con medicina tradicional y/o medicina ancestral).

Para observar la *visión de sociedad* se definen las categorías *jerárquica* y *heterárquica*. La *jerarquía* asumiría al Estado (u otro actor político) como el actor hegemónico que debe guiar –bajo lógicas de control jerárquico– el proceso de las políticas públicas. La *heterárquica* presume que, antes que una lógica de control, el Estado debe cumplir un rol coordinador de los diferentes intereses de múltiples actores en el proceso de las políticas (Miranda, 2009). Esto implica el reconocimiento de diversos grupos sociales (mujeres indígenas, inmigrantes, etc.) y sus cosmovisiones en el debate público, a partir de lógicas

horizontales y de trabajo en red. Ningún actor o grupo podría imponerse ante otro, sino sólo interactuar y generar influencias. Además, la diferencia y el conflicto no son vistos como obstáculo, sino como inherentes al diálogo (Young, 1990/2000; McAdam, McCarthy y Zald, 1996; Fraser, 2006; Grosfoguel, 2008).

Para la *concepción de sujeto* se han establecido las categorías *estandarizada*, *múltiple* e *interseccional*. Una visión *estandarizada* anularía la diversidad social existente, derivando en respuestas estándar, bajo una presunta imparcialidad, obviando que la “diferencia” –socialmente construida– sustenta relaciones de asimetría. Las lógicas estandarizadas plantean políticas de “talla única” (*one size fits all*) que ignoran el carácter diferenciado y dinámico de la exclusión (Verloo, 2006:223), proponiendo un sujeto normativo particular y que excluye todo aquello que no se ajuste a la norma (como la familia tradicional/heteropatriarcal, la concepción de mujer-femenina-heterosexual y hombre-masculino-heterosexual). Una concepción *múltiple* comprendería la diversidad social existente, pero entiende estas “diferencias” de modo independiente y/o asume cierta jerarquía entre éstas, donde una/s sería/n más importante/s que otra/s (como las políticas públicas dirigidas sólo a mujeres o que restan importancia a la etnicidad y la clase social) (Hancock, 2007). Por el contrario, la idea de un sujeto *interseccional* integraría la diversidad social, respondiendo a un sujeto situado que está determinado por su posición en el entramado social y, por lo tanto, comprende la necesidad de integrar a ciertos grupos sociales al proceso de las políticas. Esta concepción no sólo concibe “usuarios” de las políticas, también contempla la capacidad de agencia (individual y colectiva) de los sujetos (Alexander y Mohanty, 1997/2004; Hancock, 2007; Lugones, 2012; Verloo, 2013; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

A partir de la observación de estos tres elementos se podría dar cuenta si las políticas públicas estudiadas propenden a lógicas de asimilación y/o a lógicas pluralistas (Ilustración 1)⁷⁸. Una política pública movida por un *ideal normativo de asimilación*, por ejemplo, buscaría imponer un sistema de valores particular, asumido como superior a otros posibles, que podría estar dado por una religión determinada (*referente normativo particularista*). Además, identificaría un actor hegemónico (como el Estado y/o alguna élite político-económica) que define pautas morales al conjunto de la sociedad, sin mediar diálogo (*visión de sociedad jerárquica*). Finalmente, esta política operaría sobre la lógica

⁷⁸ Los tres elementos del modelo se piensan de modo interdependiente, por lo que, se cree, se reforzarían mutuamente. Si algún elemento se inclinase hacia un extremo del continuo, se esperaría la misma tendencia en los otros dos. De modo que se asumiría que una política que en su formulación tiende a una *normatividad particularista* (por ejemplo, ligada a una religión), también tenderá a una *visión jerárquica*, donde un actor o unos pocos actores políticos asumen un rol preponderante (como el Estado o la Iglesia), con el fin de resguardar el acato de esta normatividad. Asimismo, probablemente la *concepción de sujeto* respondería a una caracterización específica, en coherencia con el precepto moral particular (como la familia tradicional, mujer-femenina-heterosexual y/o hombre-masculino-heterosexual).

de una sociedad homogénea o un sujeto particular que sería asumido como representativo de la sociedad (como la familia tradicional y/o mujer-heterosexual-clase media), lo que desatiende las necesidades y demandas de diversos sujetos y grupos sociales (*concepción de sujeto estandarizada*).

En contraparte, una política pública movida por un *ideal normativo pluralista* intentaría adoptar una normatividad que dé cabida a la manifestación de diferentes sistemas de valores, sin establecer jerarquías entre éstos (*referente normativo pluriversal*). Para ello, promovería un diálogo político (mesas de trabajo, consultas, cabildos) donde estén representados diversos grupos y actores políticos —principalmente aquellos donde confluyen diversos ejes de exclusión—, que permita integrar no sólo sus demandas y necesidades (*concepción de sujeto interseccional*), sino también sus cosmovisiones y moralidades. Todo esto sucedería en una relación de horizontalidad, autonomía e iguales oportunidades para la mutua influencia (*visión de sociedad heterárquica*). Aquí, el pensamiento hipotético —por el que unas/os pocas/os deciden por la mayoría— y las categorías universalistas y unidimensionales pierden sentido, para dar paso a una política que comprende la necesidad de generar mecanismos para un diálogo plural y permanente, que permita integrar las diferentes demandas y sistema de valores que circulan en la sociedad.

Esta apuesta conceptual se sustenta en el supuesto que las políticas públicas, en contextos sociales actuales, necesitarían transitar desde un referente normativo *particularista* a uno *pluriversal*, desde una visión de sociedad *jerárquica* a una *heterárquica*, y de una construcción de sujeto *estandarizada* a una *interseccional* para responder satisfactoriamente al desafío de inclusión social. Es decir, las políticas públicas debiesen transitar desde una noción de inclusión social basada en un *ideal normativo de asimilación* a una concepción fundada en un *ideal normativo pluralista*, que valore y promueva un espacio público heterogéneo, a la vez que sea consciente de las complejas dinámicas de exclusión (Young, 1990/2000).

2.6.2 Los ejes de exclusión priorizados

Como se presentó en la sección anterior, este modelo de análisis busca integrar los debates sobre interseccionalidad, principalmente, en la observación de la *concepción de sujeto*. De modo que el sujeto de la política sea comprendido en base a las diversas relaciones de poder que modelan sus situaciones particulares y su acceso al proceso de las políticas. Siguiendo los debates sobre interseccionalidad, no pueden establecerse *a priori* las categorías de exclusión a considerar en un análisis interseccional, ni se puede establecer una perspectiva jerárquica de dichas categorías, puesto que en cada escenario social existen desigualdades que adquieren más relevancia que otras en el modo en que se

institucionalizan los discursos políticos (Hill Collins, 1990/2000; Yuval-Davis, 2006; Hancock 2007; Marx Ferrer, 2009; Walby, 2009). Por ello, para estudiar la política pública en Chile, se recurre al concepto de *colonialidad de género* que estaría en la base del pensamiento *colonial/moderno* y la constitución de las sociedades latinoamericanas (Lugones, 2008; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014; Segato, 2014). Así, se entiende que la construcción social del género no puede entenderse desarticulada de las dinámicas de opresión que aluden a la raza, la sexualidad (u orientación sexual) y la clase social.

Por otro lado, se contemplan otros tres ejes de exclusión que también articularían el discurso *colonial/moderno* y que invisibilizan ciertos discursos y prácticas de las políticas públicas: la *edad*, la *diversidad funcional* y la *ubicación geográfica*. La matriz de pensamiento hegemónico no sólo cargaría con lógicas patriarcales, heterosexistas, clasistas y racistas, sino también con un discurso: *adultocéntrico-desarrollista* que asume un desarrollo evolutivo (tiempo lineal) en el cómo se piensa la historia, los procesos políticos y sociales, las personas y las comunidades⁷⁹, priorizando una visión adulta/madura de la realidad como única válida. Esta perspectiva invisibilizaría todo aquello que no es “adulto”, es decir, niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos/as mayores⁸⁰ (Mignolo, 2000/2003; Lugones, 2005; Mezzadra, 2008; Santos, 2010; Paredes y Guzmán, 2014); *capacitista* que discrimina todas aquellas corporalidades que no funcionen “normalmente” o se alejen de una funcionalidad corporal definida como norma⁸¹ (Toboso y Guzmán, 2010; Guzmán, 2012; Guzmán y Platero, 2012; Platero, 2013); y *centralista* que construye diferencias sobre la lejanía o cercanía de territorios contruidos como centros de desarrollo (“países desarrollados”, ciudades capitales) (Mignolo, 2000/2003; Santos, 2010). Este discurso distinguiría entre centros y periferias (por ejemplo, urbanidad y ruralidad), estableciéndose jerarquías entre ambos.

Estos ejes han sido fundamentales en cómo se concibe la sexualidad en sociedades occidentales y occidentalizadas (Weeks, 1986/1998; Krassoievitch, 1994; Cruz, 2004; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; Hernández, 2008; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011;

⁷⁹ El pensamiento moderno propone una representación lineal del tiempo, que llevaría implícita la idea de evolución, progreso y desprecio por el pasado. Esta concepción propone un ir de “menos” (lo pre-moderno, la incivilidad, el subdesarrollo) a “más” (lo moderno, lo civilizado, el desarrollo) (Paredes y Guzmán, 2014:25). Hay muchos ejemplos de cómo está linealidad repercute en las teorías sociales. Uno de ellos, es la teoría kohlbergiana del desarrollo moral.

⁸⁰ En este modelo, la figura del adulto (autónomo moral, social, física, emocional y económicamente) es la óptima para el cumplimiento de tareas sociales y productivas. Las etapas anteriores a la adultez son concebidas como “periodos de transición” hacia la madurez-adulta y las etapas posteriores son vistas como de “decadencia”. Esta concepción despoja a los sujetos definidos como niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos/os mayores de sus potencialidades, recursos, deseos, derechos y deberes en el presente. Además, bajo esta construcción, cada “etapa” es estereotipada y homogeneizada (Krassoievitch, 1994; Krauskopf, 2000, 2008; Duarte, 2000, 2012).

⁸¹ Con la era moderna se reconfiguran los criterios de asignación de valor a los cuerpos, a partir de relaciones de producción económica. El cuerpo estimado es aquel capaz de insertarse en el sistema económico, el que adquiere centralidad, mientras los cuerpos “discapacitados” tendrían una posición periférica (Toboso y Guzmán, 2010:69).

Guzmán y Platero, 2012; López, *et al.*, 2005). Estas dimensiones, además, articulan el escenario político y social estudiado, pues apuntan a colectivos que han sido marginados del debate público en Chile (Sección 1.4.5.1). De este modo, al observar la noción de inclusión social propuesta por la política, se piensa en cómo se articulan y co-construyen estos siete ejes de exclusión: género, orientación sexual, raza/etnicidad, edad, diversidad funcional y ubicación geográfica.

El *género* es entendido como la diferencia sexual socialmente construida, que define jerarquías sociales entre hombres y mujeres, masculino y femenino (Rubin, 1975, 1984; Lauretis, 1987; Barbieri, 1993). La *orientación sexual* se derivaría de la construcción de género, que instala la heteronormatividad y subordina las opciones no heterosexuales (Millet, 1975/1997; Wittig, 1978/2006; Rich, 1980/1996; Rubin, 1984; Butler, 1990/2007). La *raza* es la construcción social y política que ha justificado el sometimiento de comunidades no-occidentales, en base al establecimiento de una diferencia fenotípica (Giddens, 2000; Lugones, 2012; Curiel, 2010/2014; Wade, 2013). Aunque se opta por las nociones de *etnicidad* o *procedencia étnica*, pues se entiende que la “raza” no existe como categoría de clasificación humana. Estos conceptos, además, son más pertinentes al rescatar las prácticas y perspectivas culturales (lenguaje, historia, espiritualidad, etc.) que distinguen a una comunidad de personas y la diferencia de otras (Giddens, 2000; Martínez-Bascuñán, 2011; Rabato, 2013).

La *clase social* es el constructo que estratifica la sociedad en función del acceso a recursos económicos (posesión y/o acceso a éstos) y simbólicos (nivel de consumo, de formación, etc.). La *edad* sería el periodo del desarrollo evolutivo que vive una persona en un momento determinado de su vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor). La *diversidad funcional* es comprendida como la construcción social sobre los diferentes niveles de funcionamiento y expresiones del cuerpo que han inferiorizado a aquellas corporalidades no normativas (Rodríguez y Ferreira, 2010; Toboso y Guzmán, 2010). Y la *ubicación geográfica*⁸² sería la disposición territorial de ciertas localidades respecto de la capital nacional, que limita la inclusión de algunas realidades sociales y la participación de ciertas poblaciones en el proceso de las políticas. Este modelo conceptual es útil para indagar en la propuesta de inclusión social que subyace al discurso de las políticas públicas, y ha sido aplicado al ámbito de la salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), como se expone en los Capítulos IV, V y VI.

⁸² Este eje de exclusión ha sido considerado, principalmente, para el diseño e implementación de la metodología. Específicamente, para la selección de las personas a entrevistar, donde se han contemplado representantes de organizaciones de la sociedad civil, vinculadas al ámbito de la salud sexual y reproductiva, de cuatro regiones del país (Sección 1.5.3.1). En el desarrollo del análisis de la política, este eje ha pasado a ocupar un lugar secundario, dado que fue difícil estudiar en qué medida el discurso de la política reproduce dinámicas de exclusión centralistas.

2.7 Conclusiones

Este capítulo ha hecho un recorrido por el desarrollo teórico que sustenta esta tesis y da origen al modelo de análisis de políticas públicas propuesto. En primer lugar, se ha abordado la importancia de estudiar la dimensión ética de las políticas públicas y de explorar en la noción de inclusión social que éstas plantean, sobre todo en sociedades actuales donde diversos grupos demandan reconocimiento y donde la interpretación de sus diferencias suele traducirse en procesos de exclusión. Al establecer conexiones entre los debates sobre inclusión/exclusión social y las discusiones feministas sobre ética e interseccionalidad (interseccionalidad política y colonialidad de género), se comprende la importancia de avanzar hacia políticas públicas que reconozcan las complejas dinámicas de exclusión que modelan la marginación de ciertos sujetos y grupos del proceso de las políticas (en términos de distribución y reconocimiento); y de cuestionar la institucionalidad del Estado –sus discursos y sus prácticas— desde este prisma, para evitar que sus estrategias políticas reproduzcan las lógicas de exclusión que responden a una matriz de poder múltiple. Surge el desafío de reconocer y cuestionar las propuestas desde ideales normativos de asimilación –que restringen las libertades de los sujetos y la manifestación de sus moralidades particulares—, para pensar políticas plurales que valoren la diversidad social y un diálogo público heterogéneo, entre diferentes actores políticos. Se reconoce, además, la importancia de los organismos estatales de género (y/o igualdad) y las instancias de diálogo asociadas a éstos, ya que permitirían interactuar con los discursos institucionalizados, para integrar los intereses y las cosmovisiones de sujetos y grupos que suelen quedar excluidos del proceso regular de las políticas públicas (por ejemplo, las mujeres indígenas).

Finalmente, se retoma la discusión sobre cómo la representación de una sexualidad hegemónica –moldeada por múltiples relaciones de poder— puede y debe ser desestabilizada, para proponer un modelo analítico que permita pensar políticas inclusivas –específicamente en el ámbito de la sexualidad—, sobre lógicas de horizontalidad, pluralidad social, heterarquía e interseccionalidad, que den cuenta de la complejidad social y la capacidad de autodeterminación de las personas y los grupos. Este modelo plantea reparar en tres elementos: el *referente normativo* (los principios y valores morales que guía la representación de problemas y soluciones en el *policy making*), la *visión de sociedad* (cómo se organiza la sociedad y cómo interactúan los diferentes actores políticos) y la *concepción de sujeto* (cómo es definido el sujeto de la política en términos de interseccionalidad y agencia). Esta propuesta tiene el propósito de averiguar hacia qué noción de inclusión tiende el discurso de las políticas públicas, si hacia lógicas de asimilación y/o, por el contrario, hacia lógicas pluralistas.

Habiendo expuesto el marco teórico-conceptual que sustenta esta tesis y el modelo analítico que de aquí se deriva, el próximo capítulo (Capítulo III) se centra en el proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), reparando en los hitos más importantes y en los actores políticos que han sido parte de esta discusión. Posteriormente, se da paso al análisis empírico (Capítulos IV, V y VI) que permiten responder las preguntas de investigación (Sección 1.3), a la luz de modelo conceptual aquí presentado.

CAPÍTULO III:

HISTORIA Y ACTORES DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE (2000-2015)

3.1 Introducción

Este capítulo es un esfuerzo por reconstruir el proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile —especialmente en los ámbitos de la regulación de la fertilidad y educación sexual, entre los años 2000 y 2015—, reconociendo tanto las iniciativas gubernamentales como las impulsadas desde la sociedad civil, pues ésta última ha tenido un rol preponderante frente a la actuación de un Estado que se ha caracterizado por cierta “timidez política”. Esta narración ha sido generada a partir de una revisión bibliográfica y documental, que ha permitido trazar el proceso de la política, y ha sido complementada con la información recolectada mediante entrevistas a personas vinculadas a organismos gubernamentales, organismos académicos y organizaciones sociales que han trabajado el tema. Este capítulo se divide en dos apartados: el primero presenta los principales actores que han incidido y/o promovido el desarrollo de la política; y el segundo expone los principales hitos del proceso.

Los antecedentes de la política estudiada se remontan a los años 30, cuando el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) manifiesta la urgencia de contar con métodos anticonceptivos y una regulación que permita evitar abortos clandestinos y sus graves consecuencias. Como respuesta, el Estado modificó el Código Sanitario (1931) que incluyó el aborto por razones terapéuticas. Luego, en 1952, cuando se unifica el sistema sanitario, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), la salud materno-infantil se posiciona como prioridad, dada las altas tasas de mortalidad materna. Es en el gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) cuando se crea la primera política de planificación familiar (1967), al amparo del Ministerio de Salud (MINSAL), y el primer programa de educación sexual —conocido como el Programa de vida familiar y educación sexual—, que estuvo a cargo del Ministerio de Educación (MINEDUC). Esto inauguró una nueva fase en el campo político de la sexualidad y la reproducción, y aunque provocó reacciones contrarias desde sectores conservadores, en general, fueron iniciativas bien recibida (Bonan, 2004).

Durante el breve gobierno de Salvador Allende (1971-1973) se mantuvo la línea definida por la política de Frei Montalva. Estas acciones, sin embargo, fueron interrumpidas por la dictadura militar de Augusto Pinochet (1973-1989), donde además de desmontarse los programas de planificación familiar, reformarse el sistema sanitario (1979) y promoverse

una política pro-natalista, se penaliza el aborto en toda circunstancia (1989)⁸³. Con la transición a la democracia⁸⁴, paulatinamente se vuelven a abordar estos temas en el ámbito público. No obstante, el proceso hacia la definición de una política al respecto no ha estado exento de obstáculos (tanto constitucionales⁸⁵ como los dados por las presiones desde sectores conservadores, al interior y fuera del Estado), que han limitado las modificaciones legislativas propuestas por otros actores políticos, a favor de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). Chile, actualmente, no cuenta con un marco legislativo que aborde la especificidad de la salud sexual y reproductiva. Han existido iniciativas desde el Estado, pero no hay un cuerpo legal coherente que sienta las bases jurídico institucionales para la formulación de políticas públicas que garanticen los derechos en este ámbito (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009; ICIMER, 2010). Habiendo realizado esta breve contextualización, a continuación se exponen los principales actores e hitos presentes en el proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, en los últimos 15 años.

3.2 Los principales actores de la política de salud sexual y reproductiva en Chile

Los debates e iniciativas sobre sexualidad y reproducción integran a diversos actores, como organizaciones internacionales (Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud), organismos gubernamentales (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Servicio Nacional de la Mujer e Instituto Nacional de la Juventud) y organizaciones de la sociedad civil (organismos académicos, ONGs y organizaciones sociales). Con propósito de identificarlos y dar cuenta de su importancia, este apartado se divide en tres secciones: organizaciones internacionales; organizaciones gubernamentales y organismos de la sociedad civil.

3.2.1 Organismos internacionales

La introducción de programas de planificación familiar en América Latina, en los años 60, fue impulsada por organismos internacionales⁸⁶. Esto inicia una nueva fase en el campo político de la sexualidad y de la reproducción, estimulando el desarrollo de una

⁸³ A partir de esto, Chile cuenta con el índice más alto de criminalización del aborto en América Latina. El Código Penal (Art. 342-345) instaure penas que van de tres años y un día a cinco años para las mujeres que abortan. Esto se reduce de 541 días a tres años por la atenuante de honor, y de 541 días a tres años, para quienes realizan el aborto. Asimismo, este acto está prohibido por el Código Sanitario (Art. 119).

⁸⁴ La transición a la democracia en Chile dio término a la dictadura militar de Augusto Pinochet, en 1989, para dar inicio al gobierno de Patricio Aylwin (1990-1994), quien fue elegido en elecciones populares.

⁸⁵ Por ejemplo, el alto quórum requerido para realizar reformas constitucionales (dos tercios de ambas Cámaras). La Constitución de 1980 declara la protección a la vida del que está por nacer (Art. 19), por lo que la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo se hace más compleja.

⁸⁶ Estas iniciativas surgen a partir de los debates sobre explosión demográfica, a nivel internacional, y el ascenso de interpretaciones neomalthusianas sobre desarrollo, que relacionaban las altas tasas de fecundidad con problemáticas como la pobreza, la violencia y la inestabilidad política (Bonan, 2004).

cultura institucional más abierta a las prácticas de regulación de la fertilidad (Bonan, 2004). En los años 80, a partir de las demandas de grupos feministas, a nivel internacional comienzan a modularse otras instancias que abordan este ámbito desde un discurso de derechos humanos. Es en la VII Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) –coordinada por las Naciones Unidas– y en su Programa de Acción, donde los DDSSRR se consagran institucionalmente. Esta terminología comienza a difundirse con fuerza en los años 90, lo que hace posible que la sexualidad comience a ser tratada como tema público. La IV Conferencia Mundial de Mujeres (Beijing, 1995), también fue un hito al respecto, brindando marcos conceptuales comunes para la acción de los Estados.

El Estado de Chile ha suscrito una serie de acuerdos, originados en las Conferencias de las Naciones Unidas, principalmente la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Conferencia Mundial de Mujeres en Beijing. Aunque estos acuerdos no tienen carácter obligatorio⁸⁷, han servido para que los gobiernos formulen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionales acordados (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides y Díaz, 2003; FLACSO-Chile, 2009). A la par, Chile ha suscrito otros acuerdos en materia de derechos humanos, como el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1989); la Convención Americana de Derechos Humanos (1969); y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979); entre otros. Diversos comités de las Naciones Unidas (como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Consejo de Derechos Humanos) han desarrollado exámenes periódicos y recomendaciones que alertan sobre los problemas que presenta la legislación y la gestión de políticas nacionales con el propósito de contribuir a garantizar los derechos comprometidos en estos pactos.

En la misma línea, organismos como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han generado insumos (investigaciones y orientaciones técnicas) y han apoyado procesos e intervenciones impulsados por los gobiernos y la sociedad civil en estos ámbitos (como la implementación de programas de prevención del embarazo adolescente y la creación del Observatorio de Equidad de Género en Salud). Finalmente, cabe mencionar el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (2007), que es una iniciativa desde

⁸⁷ Para Teresa de Barbieri (1999) estas declaraciones generan vacíos en tres aspectos: 1) no son vinculantes; 2) llaman a la acción de Estados, sociedad civil y organizaciones de mujeres, sin definir claramente qué tareas corresponde a cada actor; y 3) no existen tribunales internacionales donde recurrir en caso de la vulneración de estos derechos.

los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile, agrupados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unzué⁸⁸, que ha contado con el respaldo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) y otras organizaciones regionales como la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) y Family Care International (FCI). Con esto es posible comprender la influencia que han tenido los organismos internacionales en el proceso de la política desde sus inicios. Primero, desde una lógica de control de poblaciones, para posteriormente motivar la inclusión de un discurso de derechos humanos e igualdad de género en las políticas nacionales.

3.2.2 Organismos gubernamentales

Entre los organismos gubernamentales que han sido parte del proceso de la política estudiada se encuentran: el Ministerio de Salud (MINSAL), quien ha estado a cargo, principalmente, de las iniciativas sobre regulación de la fertilidad; el Ministerio de Educación (MINEDUC), encargado de las acciones sobre educación sexual y tendientes a evitar la deserción escolar en madres y padres adolescente; el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), que ha buscado integrar una perspectiva de género en las propuestas desarrolladas a nivel nacional; y el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), implicado en las acciones dirigidas a reducir las tasas de embarazo en la población adolescente. A continuación se describe brevemente cada una de estas entidades y los mecanismos de diálogo que cada una de éstas propone para la incidencia de la sociedad civil en la formulación de las políticas públicas.

3.2.2.1 Ministerio de Salud

El MINSAL (1959) tiene la responsabilidad de emprender actividades de programación, control y coordinación en la sanidad pública. Durante la dictadura militar (1975), éste es reorganizado, con lo que se inicia la revisión y modificación de disposiciones legales que regían el Ministerio y las instituciones de salud. En 1979, se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se establecen organismos dependientes como el Instituto de Salud Pública (ISP), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central de Abastecimiento. Esto ocurre en el marco de una reforma neoliberal que escinde el sistema sanitario en uno público y otro privado y reduce el gasto público en salud, sentando las

⁸⁸ Esta alianza surge en respuesta al mandato de los Ministros de Salud de la Subregión Andina emitido durante la 28ª Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina (REMSAA XXVIII), en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia (2007). Así, se solicitó conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y se elabora un Plan acorde. Para mayor información ver: <http://www.planandino.org/> (último acceso el 22 de diciembre 2015).

bases para su privatización⁸⁹. En los años 80, se inicia un proceso de descentralización de la administración en salud. Se traspasa la administración de los establecimientos, desde el nivel central, al municipio de la comuna⁹⁰ en la que éstos se encontraban. Los municipios quedan a cargo de la gestión de los establecimientos y el gobierno central se reservó el diseño de la normativa general, las tareas de supervisión administrativa y técnica, y la provisión de financiamiento básico.

En los años 90 se busca reconstruir la infraestructura del sistema público de salud debilitado durante la dictadura, en miras a fortalecerlo y hacerlo más eficiente. En el 2000, durante el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006), se impulsa una profunda reforma en salud —a partir del ingreso al Parlamento de cinco proyectos de ley (2002)⁹¹—, que busca instaurar un sistema de acceso y garantías universales, sobre el principio de equidad y participación ciudadana, entendida esta última como aquella modalidad de participación social que tiene incidencia en la toma de decisiones sobre las políticas públicas. Los principales cambios al respecto se explicitan en la Ley N°19.937 de Autoridad sanitaria y gestión (2004) y en la Ley N°20.584 sobre derechos y deberes de las personas (2012).

Con la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Art. N°4), se establece que el MINSAL deberá convocar la formación de Consejos Consultivos para formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud⁹². Estos consejos “podrán ser integrados por

⁸⁹ El sistema de salud chileno es herencia del modelo neoliberal instalado durante la dictadura militar (1973-1989). Estas reformas contemplaron la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (1979); la promulgación de la Ley N°15.469 (1985), que fija las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud y define la libertad de optar por alternativas públicas o privadas; y las iniciativas legales (1981-1986) para la creación de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y el traspaso de la administración de la mayoría de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades (Colegio Médico de Chile, 2003). Actualmente, el Sistema de Salud está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado. El público opera a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuyas/os beneficiarias/os acceden a establecimientos públicos mediante un copago proporcional a sus ingresos o, en la modalidad de libre elección, a establecimientos públicos o privados con un copago adicional. El subsistema privado es llevado por las ISAPREs, a la que las/os trabajadoras/es pueden elegir. Éstas tienen la facultad de captar y administrar el financiamiento de salud individual y otorgar servicios a través de centros privados (Pollack, 2002).

⁹⁰ En términos administrativos, Chile se divide en 15 regiones, 54 provincias y 346 comunas. Las comunas son la unidad básica de la estructura político-administrativa a nivel nacional. La administración local de cada comuna reside en una municipalidad (o ayuntamiento), constituida por un/a alcalde/sa y un concejo.

⁹¹ En 2000 se conforma la Comisión de Estudios de la Reforma. Con esto, Ricardo Lagos se compromete a presentar cinco proyectos de ley sobre: 1) *Derechos y deberes del paciente*, que define derechos y deberes de las personas y los prestadores de salud (actual Ley N°20.584 del 2012); 2) *Financiamiento*, para asegurar el cumplimiento de los objetivos (actual Ley N°19.888 del 2003); 3) *Autoridad Sanitaria y Gestión* que modifica el Decreto de Ley N°2.763 (1979), con propósito de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (actual Ley N°19.937 del 2004); 4) *Reforma a la Ley de ISAPRE* (actual Ley N°20.015 del 2005); y 5) *Régimen de Garantías en Salud* (actual Ley N°19.966 del 2004) (Méndez y Vanegas, 2010:146).

⁹² La *Ley de Autoridad Sanitaria*, además, establece otros mecanismos de participación ciudadana, a nivel regional y comunitario: i) Los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud; y ii) Los Consejos Consultivos de Usuarios para los establecimientos de salud de Autogestión en Red. Por otro lado, se establecen mecanismos de participación colectiva, integrados sólo por técnicas/os y funcionarias/os de la institución: los Comités Técnicos Consultivos que asesoran a la Dirección del Servicio de Salud y el Consejo de Integración de la Red Asistencial, de carácter consultivo y asesor.

personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y privado, de acuerdo a las materias a tratar”. Actualmente, MINSAL implementa y dirige dos Consejos Consultivos que han tenido incidencia en las iniciativas sobre salud sexual y reproductiva: el Consejo Consultivo de Género y Salud⁹³ y el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes⁹⁴. Estos consejos están regulados respecto de su carácter, objetivos, atribuciones y funcionamiento, y tienen el propósito de asesorar a las autoridades ministeriales en las decisiones sobre políticas y servicios públicos de salud para su grupo poblacional. El Consejo de Género se congrega alrededor de cuatro veces al año, y además realiza reuniones en comisiones para tratar temas específicos (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009). Por su parte, el Consejo de Jóvenes –de acuerdo a la Resolución Exenta N°65 del 2010 de MINSAL—, se reúne por lo menos una vez al semestre.

Asimismo, a partir del 2011, con la Ley N°20.500⁹⁵ –iniciativa del gobierno de Lagos, en 2004—, el MINSAL, como otros organismos de Estado, debe cumplir con los siguientes mecanismos de participación ciudadana: cuentas públicas participativas, consejos de la sociedad civil, consultas públicas y entrega de información. De este modo, por ley, MINSAL debe realizar Consultas Públicas sobre aquellas materias de interés ciudadano en que se requiera conocer la opinión de las personas, las que serán evaluadas y ponderadas por el órgano respectivo (Art. 73); y contar con Consejos de la Sociedad Civil, “de carácter consultivo, que estarán conformados de manera diversa, representativa y pluralista por integrantes de la sociedad civil sin fines de lucro que tengan relación con la competencia del organismos respectivo” (Art. 74).

⁹³ Según la Resolución Exenta N°1.051 (2014) de MINSAL, las organizaciones de la sociedad civil que participan de esta instancia son: Acción Gay, Corporación Chilena de Prevención del Sida; Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio; Anadeus, Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de la Seguridad Social; Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA); Casa de Acogida de la Mujer Rebeca Ergas; Centro de Estudios de la Mujer (CEM); Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile (CIEG); Colectivo Conspirando; Corporación Humanas; Corporación DOMOS, Corporación MILES-Chile; Cultura/Salud EME; Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago de Chile; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Fundación de Educación Popular en Salud (EPES); Fundación Instituto de la Mujer; el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER); Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH); Observatorio de Equidad de Género en Salud; Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; Red Entrelazando; y Vivo Positivo.

⁹⁴ Según lo manifestado por MINSAL, a través del sistema *online* de solicitud de información pública, el Consejo Consultivo Nacional de Jóvenes y Adolescentes está conformado por dos representantes de cada región (30) y está presidido por dos jóvenes que son elegidos cada dos años por el grupo nacional. Desde el 2010, cada año se desarrolla una Reunión Nacional con participación de los representantes regionales. Al mes de marzo 2015, 14 regiones del país, a excepción de Valparaíso que está en proceso electoral, cuentan con Consejos activos y la representación nacional recae en dos jóvenes, de la VIII y II Región, respectivamente.

⁹⁵ En el marco de la Ley (Título IV), el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones, sin discriminaciones alguna (Art. 69).

3.2.2.2 *Ministerio de Educación*

El MINEDUC (1927) es el órgano rector del Estado encargado de fomentar el desarrollo de la educación en todos los niveles de enseñanza y velar por los derechos de todas/os las/os estudiantes, tanto de establecimientos públicos como privados. Es su función que el sistema integrado por establecimientos educacionales financiados con recursos públicos provea una educación gratuita y de calidad, fundada en un proyecto educativo público laico, respetuoso y pluralista, que permita el acceso a toda la población y que promueva la inclusión social y la equidad⁹⁶.

En los años 80, durante la dictadura militar, MINEDUC sufre una reforma importante que modifica el sistema de financiamiento de la educación pública en todos los niveles. Sobre los principios de subsidiaridad del Estado y libertad de enseñanza –consagrados en la Constitución de 1980 y la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) de 1990⁹⁷–, se afirma que la educación compete a la esfera privada y no al Estado, por lo que MINEDUC no tiene mayor injerencia en los establecimientos educativos, más que dictar lineamientos generales. De este modo, cambia el sistema de financiamiento, desde uno basado en la oferta a uno basado en la demanda, lo que fomenta la incorporación masiva de agentes privados (sostenedores) y consolida un mercado de la educación⁹⁸ (Donoso, 2005; Oliva, 2008). Al igual que en el ámbito de la salud, se lleva a cabo un proceso de descentralización. Se traspasa la administración de los establecimientos de educación pública (a nivel pre-escolar, primario y secundario), desde el nivel central, al municipio de la comuna en la que éstos se encontraban.

Con el retorno a la democracia, se inicia una nueva reforma educativa que busca corregir las desigualdades generadas por el modelo impuesto en dictadura, sin embargo, no se han generado mayores cambios (Oliva, 2008). Aunque, en 2009, la LOCE fue derogada y sustituida por la Ley General de Educación (LGE)⁹⁹, que reconoce la educación como un derecho de todas las personas y adjudica al Estado el deber de proteger el ejercicio de

⁹⁶ “Misión del Mineduc” (s/f), *Ministerio de Educación, Chile*. Recuperado en: <http://www.mineduc.cl/ministerio/mision/> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

⁹⁷ Esta ley es una de las llamadas “leyes de amarre” que consolida el sistema legislativo y político instalado por la dictadura y fue aprobada a pocos días de que Augusto Pinochet dejara el gobierno.

⁹⁸ La creación de mercados educacionales define cuatro tipos de establecimientos educativos: municipales (financiados con fondos públicos y dependen del gobierno local), particular-subsencionados (que dependen de privados, pero también reciben subvenciones estatales), particulares pagados (dependen de privados y no reciben financiamiento público) y corporaciones educacionales dependientes de organizaciones empresariales (Oliva, 2008).

⁹⁹ Esta reforma surge de las demandas de la sociedad civil que cuestionan el carácter democrático de la LOCE. Esto alcanza su auge el año 2006, a partir de las manifestaciones del movimiento estudiantil secundario. Frente a ello, el gobierno de Michelle Bachelet propone la creación de un Consejo Asesor Presidencial desde el cual emane la ley que sustituyera la entonces vigente. Este Consejo estuvo compuesto por 81 miembros, entre ellos: especialistas en educación, representantes de distintas iglesias, representantes de etnias originarias, padres y apoderados, estudiantes secundarios, universitarios, docentes, sostenedores, rectores de universidades, entre otros.

éste, ésta continúa promoviendo el principio de libertad de enseñanza y, con eso, el principio de subsidiaridad del Estado. MINEDUC, por ejemplo, no tiene mayor injerencia en el desarrollo de programas de educación sexual en los establecimientos educativos, quedando a discreción de éstos su abordaje. Lo que además motiva la creación y mantenimiento de Asesoras Técnicas Educativas (ATEs) en el ámbito, que funcionan en la lógica del *outsourcing*.

Acerca de instancias de diálogo dependientes del ministerio, a partir de la Ley N°20.500 (2011), MINEDUC debe cumplir con mecanismos de participación ciudadana, entre ellos un Consejo de la sociedad civil¹⁰⁰, que —entre noviembre 2012 y diciembre 2014— se ha reunido 10 veces. No obstante, el tema de la educación en sexualidad o asuntos vinculados a estas materias no han sido tratados mayormente. Sólo en el Acta de la 9° Sesión (14 de noviembre 2014) se alude a la educación sexual, para educación primaria y secundaria, entre los principales puntos de consulta del Consejo¹⁰¹.

3.2.2.3 El Servicio Nacional de la Mujer

El SERNAM fue creado en 1991 en respuesta a las demandas del movimiento feminista y a los compromisos internacionales adquiridos por el Estado en materia de derechos humanos de las mujeres. Fue creado para cumplir con la CEDAW, incorporada al ordenamiento jurídico chileno en 1989. El SERNAM “es el organismo encargado de colaborar con el Ejecutivo en el estudio y proposición de planes generales y medidas conducentes a que la mujer goce de igualdad de derechos y oportunidades respecto del hombre, en el proceso de desarrollo político, social, económico y cultural del país, respetando la naturaleza y la especificidad de la mujer que emanan de la diversidad de los sexos, incluida su adecuada proyección a las relaciones de familia” (Art.2 Ley N°19.023).

El SERNAM tiene como misión coordinar, planificar y proponer políticas, planes y programas que procuren la plena igualdad e incorporación de la mujer en todas las áreas del quehacer nacional y velar por la eliminación de cualquier norma y práctica

¹⁰⁰ De acuerdo a información disponible en el sitio web del MINEDUC, el Consejo de la Sociedad Civil está compuesto por 20 integrantes entre sostenedores, miembros de equipos directivos, profesionales de la educación (primaria y secundaria), asistentes de la educación, estudiantes de educación secundaria y apoderadas/os de establecimientos educacionales, directivos y académicos de Universidades del Consejo de Rectores, Directivos y académicos de Institutos Profesionales o Centros de Formación Técnica, estudiantes de Universidad no integrante del Consejo de Rectores, estudiantes de Instituto Profesionales o Centros de Formación Técnica e integrantes de asociaciones sin fines de lucro vinculado al ámbito de la educación. Quienes provienen de 8 regiones del país: Región Metropolitana (9); IV Región (2); VI Región (2), VII Región (1), VIII Región (2), IX Región (2), X Región (1) y XIV Región (1). Para mayor información ver: “Consejeros 2014-2015 según Rex 91 de 2012” (s/f) *Ministerio de Educación, Chile*. Recuperado en: http://portales.mineduc.cl/transparencia/docs/Perfiles_consejeros%202015_participacion_ciudadana.pdf (último acceso el 6 de octubre 2015).

¹⁰¹ Para mayor información ver: “Participación ciudadana” (s/f), *Ministerio de Educación, Chile*. Recuperado en: <http://portales.mineduc.cl/transparencia/ciudadana.html> (último acceso el 6 de octubre 2015).

discriminatoria en su contra. La creación del servicio ha permitido poner en la agenda pública las principales demandas de las mujeres, así como impulsar políticas públicas y reformas legislativas en materias como la violencia intrafamiliar, la participación social y política, y las condiciones laborales de las mujeres. Entre los mecanismos de promoción de la igualdad de género en la administración del Estado se encuentran (Frías, Lorenzini y Zabala, 2007; Solar, 2009; Díaz y Schiappacasse, 2010):

- i) Los *Planes de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres* (PIOs), que son instrumentos de planificación que definen lineamientos político-técnicos para avanzar en la igualdad de género. Chile ha contado con cuatro PIOs, el primero elaborado en el gobierno de Patricio Aylwin (1994-1999), el segundo definido por el gobierno de Ricardo Lagos (2001- 2010), el tercero generado antes que Michelle Bachelet finalizara su primer mandato (2010-2020) y el cuarto propuesto por el gobierno de Sebastián Piñera (2011-2020);
- ii) Los *Consejos de Ministras/os para la Igualdad de Oportunidades* (2000), creados por el gobierno de Ricardo Lagos, tienen como propósito supervisar y dar cumplimiento al PIO e incorporar políticas específicas en los ministerios, servicios y empresas del Estado;
- iii) El *Sistema de Equidad de Género del Programa de Mejoramiento de la Gestión* (PMG) (2002), incorporado por el gobierno de Ricardo Lagos, busca integrar el enfoque de género en la provisión de los servicios, los productos estratégicos y los sistemas de información de organismos públicos, de modo que éstos identifiquen necesidades y brinden respuestas diferenciadas para hombres y mujeres;
- iv) El *Comité Asesor del Consejo de Ministras/os* está constituido por representantes de cada ministerio y su misión es poner en práctica las decisiones del Consejo de Ministras/os. La primera acción de este comité fue la instalación de Comisiones Ministeriales para la Equidad de Género al interior de cada sector;
- v) Las *Agendas de Equidad de Género* (2006), instauradas por Michelle Bachelet en su primer mandato, definen las prioridades de gobierno sobre equidad de género. Esta agenda se aplica a través de una coordinación intersectorial y a partir de una lógica de transversalización del enfoque de género liderada por SERNAM; y
- vi) Las *Unidades de Género a nivel ministerial* (2014) son reforzadas¹⁰² durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet y buscan integrar la perspectiva de género en cada ministerio y cumplir con la Agenda de Género en cada sector.

¹⁰² Los Consejos de Género a nivel ministerial fueron creados durante el primer gobierno de Michelle Bachelet, pero éstos tuvieron un impacto variable. Es en el año 2014, en el segundo gobierno de la presidenta, que se le vuelve a dar prioridad y un presupuesto acorde.

La directora del SERNAM tiene rango ministerial, sin embargo, SERNAM no es un ministerio, sino un servicio público funcionalmente descentralizado que depende del Ministerio de Desarrollo Social (MDS). Por lo que el presupuesto global del servicio es bastante menor al asignado a un Ministerio. SERNAM no tiene potestad para formular política pública, sino sólo brindar orientaciones a los ministerios para integrar la perspectiva de género a las políticas sectoriales, lo que en la práctica limita su capacidad de operación y cumplimiento de objetivos. Ante esta situación, en abril del 2014, Michelle Bachelet presenta un proyecto de ley (Boletín N°9287-06) para la creación del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, que fue aprobado en marzo del 2015 (Ley N°20.820). Con la creación del Ministerio, se busca dar mayor relevancia a la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas. Dada la reciente promulgación de la ley que da origen a este nuevo ministerio, éste aún no está operativo.

Respecto a instancias de participación promovidas desde SERNAM, el Plan de Igualdad de Oportunidades 2000-2010 manifiesta que “es preciso que la incorporación de criterios de género en las políticas públicas se realice mediante un proceso de constante interacción entre el Estado y la sociedad civil, de tal modo que éstas respondan verdaderamente al interés y problemas de las mujeres”¹⁰³, aunque los PIOs no establecen mecanismos específicos para ello. No obstante, la Ley N°19.023 (1991), que crea el Servicio, dispone que quien dirija SERNAM contará con la asesoría de un Consejo formado por 10 personas, compuesto por actores académicos, representantes de la sociedad civil y personas concretas, elegidos por la Presidencia. La Ley N°20.500 (2011), por su parte, obliga a SERNAM a cumplir con ciertos mecanismos de participación ciudadana, entre ellos un Consejo de la Sociedad Civil, cuyo objetivo es tomar conocimiento y realizar un seguimiento de la gestión, desarrollo y resultados de las políticas públicas que el Servicio ponga en conocimiento del Consejo. Los integrantes de éste, hasta abril 2015, eran elegidos por SERNAM. Con propósito de resguardar su representatividad y pluralidad, se propone recurrir a un proceso electoral con llamado público a las organizaciones vinculadas con la labor del Servicio (Resolución Exenta N°638 del 2015).

SERNAM ha trabajado en torno a mesas de trabajo donde están presentes organismos de gobierno, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, como la Mesa de Mujer Rural e Indígena (1995)¹⁰⁴ y otras mesas a nivel regional y/o no institucionalizadas (como la Mesa Mujer Mapuche en la IX Región). A partir del 2015, SERNAM implementa el *Programa Mujer, Ciudadanía y Participación*, el que

¹⁰³ SERNAM (2000). “Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2000-2010”. Recuperado en: <http://www.indap.gob.cl/extras/equidad-de-genero/pio-2000-2010.pdf> (último acceso el 20 de diciembre 2015).

¹⁰⁴ Para mayor información ver: “Mesas rurales” (s/f), *Servicio Nacional de la Mujer*. Recuperado en: https://www.sernam.cl/sistema_gt/?archivo=InterlocucionEstadoSociedadCivil/MesasRurales (último acceso el 20 de diciembre 2015).

contempla la realización de 15 Conversatorios Regionales (uno por región), para que redes provinciales de organizaciones de mujeres presenten, a la autoridad política del Servicio, una agenda consensuada de trabajo en temas de género y así ésta sea transmitida a sus pares del gobierno regional.

En el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva no son muchas las instancias consultivas existentes. A partir del 2014, por iniciativa presidencial, se ha conformado la Mesa Intersectorial sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, que busca generar un nuevo reglamento, desde MINEDUC, para la Ley N°20.418 y así implementar programas de educación sexual en los establecimientos educativos. En esta mesa participan MINSAL con el Programa de Salud de la Mujer, SERNAM y profesionales de la Unidad de Género y de Transversalidad Educativa de MINEDUC. No obstante, esta instancia no contempla la participación de la sociedad civil¹⁰⁵.

3.2.2.4 El Instituto Nacional de la Juventud

El Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), creado en 1991, es una institución funcionalmente descentralizada que se vincula con la Presidencia a través del Ministerio de Desarrollo Social (MDS). Su función es colaborar con el Ejecutivo en el diseño, planificación y coordinación de las políticas relativas a la población juvenil (entre 15 y 29 años). Su misión es contribuir a aumentar la participación en la sociedad y que las/os jóvenes tengan capacidad de propuesta, poder de decisión y responsabilidad. En relación a temas de sexualidad y reproducción el servicio ha trabajado con organismos del MINEDUC, el MINSAL y el SERNAM para la planificación e implementación de actividades que principalmente abordan la prevención del embarazo adolescente, consejerías en sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y la distribución de preservativos.

Entre los organismos de consulta dependientes de este servicio público se encuentran los Consejos de la Sociedad Civil, que son instancias de carácter consultivo a nivel regional. Éstos están conformados de manera diversa, abierta y representativa por jóvenes, de entre 15 y 29 años, integrantes de asociaciones sin fines de lucro que tienen relación con materias ligadas al ámbito juvenil. Su propósito es integrar las inquietudes de la juventud regional en las políticas públicas institucionales, a partir de sugerencias y observaciones pertinentes al INJUV regional, para fortalecer las políticas públicas destinadas a los jóvenes.

¹⁰⁵ Entrevista a una profesional SERNAM, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

En base a la información expuesta, se observa que los principales organismos gubernamentales que han estado presentes en el proceso de la política sexual y reproductiva chilena son el MINEDUC, el MINSAL, el SERNAM y el INJUV, los cuales han intentado desarrollar un trabajo intersectorial en la materia. Asimismo, se han revisado los mecanismos de diálogos entre Estado y sociedad civil propuestos e institucionalizados por cada uno de éstos. No han existido espacios de participación social que aborden la especificidad de la sexualidad y la reproducción, sin embargo, estos temas se han abordado en los Consejos Consultivos de Género y de Jóvenes y Adolescentes, respectivamente. Ambos dependientes de MINSAL.

3.2.3 Organismos de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil han sido relevantes en el proceso de la política, sobre todo durante y después de la dictadura militar, cuando se instala una legislación fuertemente conservadora. Ante la ausencia de una política que responda a las necesidades de la población, son las organizaciones de la sociedad civil las que comienzan a cubrir lo que el Estado desatiende. Entre éstas se encuentra la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA)¹⁰⁶ y el Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que durante la dictadura y al día de hoy desarrollan investigación e intervención en el ámbito de la educación sexual y la regulación de la fertilidad.

Durante los años 90, comienzan a reconocerse más organizaciones conscientes de la necesidad de impulsar iniciativas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (organismos académicos, organizaciones sociales y ONGs). Con el fin de la dictadura militar, el movimiento feminista, por ejemplo, comienza a demandar la restitución del aborto terapéutico¹⁰⁷, luego de su penalización en 1989. Aquí destaca la labor del Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (1989), que agrupó a diversas organizaciones, con el propósito de coordinar acciones a favor de los DDSSRR (embarazo adolescente, anticoncepción y restitución del aborto terapéutico). Una de las labores del Foro fue establecer diálogo con instituciones estatales, para avanzar en materia de derechos de las mujeres.

¹⁰⁶ APROFA, a fines de los años 60 y principio de los 70, fue un importante agente capacitador de matronas y médicos en la prescripción y control de los métodos anticonceptivos.

¹⁰⁷ Una de las entrevistadas, fundadora del Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, comenta que fue bastante difícil discutir sobre aborto a principios de los 90. Incluso al interior del movimiento feminista había reticencias, pues muchas veces los intereses de las mujeres quedaban subordinados a los de sus partidos políticos y, en esos años, el aborto era un asunto al que a nadie le convenía defender, por los costos políticos que implicaba (Entrevista del 6 de octubre 2014, Santiago, Chile).

Frente a estas iniciativas, los sectores conservadores en Chile –vinculados a la Iglesia Católica y los partidos de la derecha y centro-derecha política (Partidos Unión Demócrata Independiente – UDI, Renovación Nacional – RN y Demócrata Cristiano - DC) — se resisten a modificar las leyes consolidadas en dictadura, promoviendo políticas restrictivas ligada a los valores tradiciones. Esta tendencia, como en el resto de Latinoamérica, ha tenido una importante influencia, lo que ha limitado el debate público sobre sexualidad y reproducción, impedido la reforma de ciertas leyes (por ejemplo, sobre aborto terapéutico y educación sexual). Entre las organizaciones que comparten este discurso se encuentran: organismos vinculados a entidades religiosas, como la Conferencia Episcopal de Chile, la Iglesia ortodoxa, la iglesia y organizaciones evangélicas; ONGs como Chile Unido, Libertad y Desarrollo y la Red por la Vida y la Familia¹⁰⁸; y organizaciones académicas ligadas a la ideología de la iglesia católica, como la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad Católica de la Santísima Concepción y el Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián. Estas organizaciones se han encargado de generar evidencia (estudios e informes) que avalan un discurso tradicional y un rol subsidiario del Estado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estos organismos, además, han emprendido acciones públicas, como declaraciones frente a autoridades sobre iniciativas particulares, presentar recursos de amparo ante el poder judicial, participar de sesiones del Senado y realizar campañas de difusión.

En el año 2000, se observa con más fuerza la presencia de organizaciones que buscan hacer avanzar el debate, para concretar acciones a nivel gubernamental que responda a las necesidades de la población, especialmente de las mujeres. Los movimientos sociales, ya más articulados, hacen un levantamiento de necesidades (sobre aborto, salud de la mujer, esterilización voluntaria, educación sexual, etc.); a la vez que presentan iniciativas y posiciones disidentes frente al conservadurismo y la “timidez política” manifestada por los gobiernos (Dides, 2004). Aquí encontramos organismos académicos, ONGs y organizaciones sociales feministas, de mujeres, de la diversidad sexual, del ámbito de la salud, la educación y los derechos humanos. Estas organizaciones presentan diversos énfasis y prioridades, pero se han caracterizado por dinamizar el debate y por su interés de avanzar en la garantía de los DDSSRR por parte del Estado.

¹⁰⁸ La Red está compuesta por 64 organizaciones comprometidas con los valores de la vida y la familia. Entre éstas se encuentran: Acción Familia; Acompañar, organización que acompaña embarazos con malformaciones; Auxilio Maltés; Centro de Ayuda a la Familia de la Vicaría del Obispado de San Bernardo; Cristianos por la Vida; El don de la vida del Centro de bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Fundación Chile Unido; Fundación Restauración de la Persona Humana; Generación Empresarial; Instituto de Ciencias de la Familia de la Universidad de los Andes; ISFEM – Investigación, formación y estudio sobre la mujer; La alegría de ser católico; Movimiento Anónimo por la Vida; entre otras.

Se han identificado, además, organizaciones académicas del ámbito de la salud y la educación que han adherido activamente a la agenda sobre DDSSRR. Entre ellas se encuentran: APROFA (1965), CEMERA (1981), el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) (1985) y la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAP) (1990). Estos organismos han buscado integrar un enfoque de derechos y una perspectiva de género en sus acciones. Se pueden mencionar también algunas/os investigadoras/es particulares que han motivado el avance de las políticas y la generación de evidencia en estos temas. En el ámbito de la salud destacan: María Isabel Matamala, Teresa Valdés y Claudia Dides; y en el ámbito de la educación: Ramiro Molina, Irma Palma, José Olavarría y Rodrigo Vera. Quienes desde distintas instituciones (gubernamentales, académicas y ONGs) han motivado la investigación y debate al respecto. Entre los organismos académicos destaca la Universidad de Chile, que ha logrado incidencia en la política desde diversos flancos. Ejemplo de esto son el Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA) (2005), de la Facultad de Ciencias Sociales; CEMERA y el Observatorio de Equidad de Género en Salud (2003), que se vinculan a la Facultad de Salud Pública.

Las organizaciones feministas han tenido un rol interesante en el proceso de la política, al promover iniciativas, levantar demandas y visibilizar desigualdades y nuevas problemáticas sobre sexualidad y reproducción. Entre estas organizaciones se encuentran: Corporación Humanas (2004), el Observatorio de Equidad de Género en Salud (2003), el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (2005), Observatorio de Género y Equidad (2006), la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD) (2008), el Movimiento por la Interrupción del Embarazo (MILES-Chile) (2010) y la Coordinadora 8 de Marzo. En la última década se ha observado el surgimiento de organizaciones feministas que, además, integran un discurso a favor de la diversidad sexual, como el Colectivo Universitario de Disidencia Sexual (CUDS) (2002), Línea Aborto Libre (2009) y la Coordinadora Feminista en Lucha (2011), que también han sido importantes en la defensa por la autonomía del cuerpo y la demanda por la despenalización del aborto.

El movimiento feminista se ha caracterizado por su trabajo en red, que involucra a organizaciones académicas, ONGs, organizaciones sociales y organismos internacionales, cumpliendo un rol de vigilancia activa sobre el actuar del Estado. Esta vigilancia la ha hecho a través de la generación de evidencia (diagnósticos, investigaciones, evaluaciones, informes sombra, etc.), la visibilización de la transgresión de derechos y violencias ejercidas sobre las mujeres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (campanas de sensibilización, performance, etc.), la asesoría técnica a organismos gubernamentales y la presentación de propuestas ante instituciones y actores

gubernamentales (como el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, y los proyectos de ley sobre aborto terapéutico) (Burotto y Torres, 2010). Los aportes del movimiento feminista han contribuido al campo político renovando sus problemáticas, agendas y discursos (Bonan, 2004:7).

El movimiento de la diversidad sexual también ha tenido un rol importante en el proceso de la política analizada, principalmente al visibilizar las discriminaciones en el ámbito de la sexualidad vividas por aquellas personas no-heterosexuales y al generar propuestas sobre la inclusión de la educación en sexual en el currículum escolar. Entre las organizaciones que han sido parte del debate destacan: el Movimiento de Liberación e Integración Homosexual (1991) (MOVILH), el Movimiento por la Diversidad Sexual (MUNS) (1997) y más recientemente la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD) (2005) y la Fundación Iguales (2011). El movimiento de la diversidad sexual ha buscado incidir principalmente en el ámbito de la educación sexual, reivindicando el derecho a la no discriminación por orientación sexual e identidad de género.

Con menor visibilidad ha habido iniciativas por parte de otros grupos que están interesados en posicionar sus intereses en el espacio público y demandar que sean integrados a la política de Estado. Éste es el caso de las organizaciones de mujeres indígenas y afrodescendientes, quienes a nivel local han emprendido acciones para abrir el diálogo en sus comunidades, por ejemplo, a través de talleres sobre sexualidad¹⁰⁹, encuentros de mujeres¹¹⁰ y debates sobre aborto¹¹¹. Si bien la salud sexual y reproductiva es un asunto poco abordado por las organizaciones de mujeres indígenas, ya que los temas más urgentes se refieren al derecho colectivo (como el territorio, el agua, y las semillas), estas mujeres han reflexionado y motivado el debate en ciertos espacios, intentando difundir la importancia de ocuparse de esta temática y reivindicar su especificidad¹¹². El movimiento de la discapacidad, igualmente, ha tendido a instalar el tema demandando el reconocimiento de su autonomía, para evitar violaciones a los derechos humanos como las asociadas a las esterilizaciones forzadas. Ejemplo de esto es el Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS).

¹⁰⁹ Entrevista a activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España) (Anexo N°6).

¹¹⁰ Entrevista a la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (IX Región), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

¹¹¹ Entrevista a la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía *Skype*) (Anexo N°6).

¹¹² Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una profesional de la Comisión Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (IX Región), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

Es posible observar que en el actual debate sobre salud sexual y reproductiva han participado diversos actores: *internacionales* (OMS, OPS, ONU, etc.), *gubernamentales* (MINSAL, MINEDUC, SERNAM, INJUV) y de la *sociedad civil*. Entre estos últimos se distinguen organizaciones académicas (Universidades, Observatorios, Centros de Estudios), ONGs (feministas, conservadoras, de la diversidad sexual, del ámbito sanitario y educativo) y organizaciones sociales¹¹³ (de mujeres indígenas, feministas, etc.). Estas organizaciones ejercen un rol triple: generan conocimiento e iniciativas que diversifican el planteamiento de las políticas de Estado; fiscalizan las acciones y compromisos gubernamentales; y reivindican el reconocimiento de la especificidad de determinados grupos y su autonomía en el campo de la sexualidad. En el siguiente apartado se describen los principales hitos del proceso de la política, destacando las iniciativas emprendidas por cada gobierno en la materia y algunas de las acciones desarrolladas por actores de la sociedad civil.

3.3 Los principales hitos de la política (2000-2015)

La primera década del retorno a la democracia (1990-2000) contó con dos gobiernos del Partido Demócrata Cristiano (DC)¹¹⁴, que dificultaron el diálogo para abordar la salud sexual y reproductiva. A partir de las demandas del movimiento feminista y con el afán de armonizar la legislación al amparo de los Convenios Internacionales en derechos humanos, surgieron algunas iniciativas que son consideradas avances en la materia. Entre éstas se encuentran la presentación de tres proyectos de ley para despenalizar el aborto terapéutico¹¹⁵ (1991, 1994); las Normas de Paternidad Responsable del MINSAL (1993); una Política de Educación en Sexualidad (1993); el Programa de la Mujer¹¹⁶ (1997), que integra una perspectiva de género en la atención en salud; la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes (1999), que aborda la maternidad adolescente; y la implementación de las Jornadas de Conversación en Afectividad y Sexualidad (JOCAS) (1996).

¹¹³ Cabe recordar que esta tesis hace una diferenciación entre ONG y organizaciones sociales. Las ONGs serían aquellos organismos formalmente constituidos, a nivel local, nacional o internacional, que buscan mediar entre la ciudadanía y los gobiernos. En cambio, las organizaciones sociales responderían a grupos (formalizados o no), de base comunitaria, que se ocupan de problemáticas más específicas y/o locales (Dides, *et al.*, 2008b). Esta diferenciación ha sido importante para la selección de personas a entrevistar (Sección 1.5.3.1) y acceder al relato de miembros de organizaciones con una mirada más comunitaria o territorial.

¹¹⁴ Patricio Aylwin Azócar (1990-1994) y Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000).

¹¹⁵ El primer proyecto de ley que buscan restituir el aborto terapéutico fue presentado por la diputada Adriana Muñoz (PPD) y los diputados Armando Arancibia (PS), Carlos Smok (PPD), Juan Pablo Letelier (PS) y Carlos Montes (PS) (Boletín N°499-07). Además, en 1994, se elaboran otros dos con los mismos fines (Boletines N°1297-18 y N°1298-18). Frente a esto, los partidos políticos a favor de la penalización del aborto buscaron incrementar su penalidad (Boletín N°1302-07 del 1994).

¹¹⁶ El Programa de Salud Materna y Perinatal del MINSAL (1991) pasa a llamarse Programa de Salud de la Mujer, y se propone integrar aspectos de salud no reproductivos (salud mental, salud laboral y atención en el período postmenopáusico) y un enfoque de género en las actividades programáticas.

Esta primera década sienta las bases para iniciar un debate más amplio y emprender nuevas iniciativas los años venideros. Este apartado presenta algunos de los principales hitos en el ámbito de la regulación de la fertilidad y la educación sexual, entre los años 2000 y 2015, que son los años que competen a esta tesis. El apartado se ha dividido en cuatro secciones, destinando una para cada uno de los gobiernos de este periodo: Ricardo Lagos Escobar (2000-2006), Michelle Bachelet Jeria (2006-2010), Sebastián Piñera Echeñique (2010-2014), y los dos primeros años del segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014-2015).

3.3.1 El gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006)

El gobierno de Ricardo Lagos tuvo como prioridad consolidar la Reforma Sanitaria, iniciada en los años 90, con el fin de corregir las inequidades introducidas por el régimen militar. Los objetivos de la reforma fueron tres: i) mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad; ii) reducir las desigualdades en salud; y iii) mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad (Bastías y Valdivia, 2007:51). Aunque la reforma sanitaria no integró una perspectiva de género¹¹⁷ ni la salud sexual y reproductiva fue parte de la agenda de gobierno, se observan algunos avances (Eguiguren, Cavil, Díaz, Ferres, Iglesias, y Olavarría, 2009; Matamala, Eguiguren y Díaz, 2011).

En este periodo, los principales actores a favor de introducir reformas en los ámbitos estudiados fueron: ONGs y organizaciones sociales de mujeres, feministas y del ámbito de la salud y la educación (como el Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos), organismos académicos (como ICMER, APROFA y la Universidad de Chile) y actores gubernamentales (como MINSAL, MINEDUC, SERNAM y parlamentarios/os de los partidos políticos de la *Concertación*¹¹⁸). Los actores que se opusieron a avanzar en la garantía de DDSSRR —y que se mostraron más bien reactivos a las propuestas generadas desde el gobierno y la sociedad civil—, fueron aquellos asociados a instituciones vinculadas a la iglesia católica (Conferencia Episcopal), organismos académicos (como

¹¹⁷ Frente al interés de Lagos por reformar el sistema de salud, desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el movimiento feminista, se inicia un trabajo con la Universidad de Chile y el SERNAM para generar debate entre funcionarias/os del SERNAM, del MINSAL y el movimiento feminista. Esto derivó en una propuesta sobre la inclusión de la perspectiva de género en la Reforma de Salud. No obstante, el gobierno de Lagos no incluyó las recomendaciones. Así, el proceso de reforma quedó ciega a las desigualdades de género que reproducía. A partir de esta iniciativa, el 2003 se crea el Observatorio de Equidad en Salud (Región Metropolitana) y el Observatorio Regional en Salud según Género y Pueblo Mapuche (IX Región de La Araucanía). Información proporcionada por una integrante de la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD), 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹¹⁸ La *Concertación de Partidos por la Democracia* (1988-2013), más conocida como “Concertación” fue creada para hacer oposición a la dictadura de Augusto Pinochet y es la coalición política que gobernó Chile entre 1990 y 2010. Los partidos políticos que fueron parte de ésta son: el Partido Demócrata Cristiano (DC), el Partido por la Democracia (PPD), el Partido Radical Social Demócrata (PRSD), el Partido Socialista (PS). Desde 2013, esta coalición se renueva bajo el nombre de *Nueva Mayoría*.

Libertad y Desarrollo, y Chile Unido) y partidos políticos conservadores (Renovación Nacional y Unión Demócrata Independiente). Estos últimos, como respuesta a las iniciativas que buscaban restituir el aborto terapéutico, presentaron proyectos de ley que buscaron incrementar la pena por el delito de aborto. A continuación se describen los principales hitos durante este periodo, que aluden a i) el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (2000), presentado por organizaciones de la sociedad civil; ii) el debate sobre la Anticoncepción de Emergencia (AE); iii) el debate sobre el aborto; iv) algunas iniciativas legales y sanitarias; y v) el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad.

3.3.1.1 El Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

Durante el año 2000, a partir del trabajo del Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, se presenta ante la Cámara de Diputados el proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Boletín N° 2608-11). Este proyecto tiene por objeto establecer las normas jurídicas básicas de rango legal destinadas a respetar y asegurar los DDSSRR de las personas. El proyecto fue elaborado con la participación de un amplio grupo de actores, de diferentes regiones del país (organizaciones feministas, organismos académicas y ONGs del ámbito de la salud) y fue respaldado por algunas/os parlamentarias/os¹¹⁹. Esta propuesta fue una estrategia concertada e innovadora de politizar y publicitar los contenidos que subyacen a las demandas sobre los DDSSRR, el derecho a la autodeterminación, la no discriminación y la integridad corporal (Bonan, 2004). Dicho proyecto, sin embargo, no fue discutido en el Congreso, ni tuvo respaldo del poder ejecutivo.

3.3.1.2 La polémica por la Anticoncepción de Emergencia

Durante el gobierno de Lagos se autoriza la venta de la AE, lo que desencadenó una amplia polémica que continuó hasta el año 2013. En marzo del 2001 —con Michelle Bachelet como Ministra de Salud—, el Instituto de Salud Pública (ISP) facultó la fabricación y venta de *Postinal* como método anticonceptivo de emergencia. La respuesta de grupos “pro-vida” fue presentar un recurso de protección contra el ISP, el MINSAL y el laboratorio que distribuía el medicamento. El propósito fue declarar la inconstitucionalidad e ilegalidad del fármaco, por atentar contra la vida del no nacido (Dides, 2004; Casas, 2008). Este recurso fue acogido por la Corte Suprema y, el 30 de agosto del 2001, declara inconstitucional la autorización de *Postinal*, lo que deja sin efecto la Resolución N°2141 del 2001 del ISP.

¹¹⁹ Como las/os entonces diputadas/os Fanny Pollarollo (PS), Isabel Allende (PS), Gabriel Ascencio (DC), Rosa González (Independiente), Carlos Jarpa (PRSD), Víctor Jeame (PPD), Jaime Mulet (DC), Osvaldo Flores (RN), Marina Prochelle (Independiente) y María Antonieta Saa (PPD).

Este hecho provocó sucesivas discusiones que congregaron a sectores “pro-vida”, a organizaciones defensoras de los DDSSRR, al poder judicial, al gobierno y a parlamentarias/os. Las organizaciones “pro-vida” alegaban posibles efectos abortivos de la AE, imponiendo recursos de protección a favor de los/as que están por nacer (Villarroel, 2007). Sus acciones judiciales estuvieron dirigidas a la declaración de inconstitucionalidad del componente químico (*progestina*) de la píldora y todos los métodos que produjesen igual efecto, ya que la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida y su integridad, incluido el no nato (Dides, *et al.*, 2007).

En la defensa judicial, el Estado rechazó las alegaciones sobre la supuesta vulneración del derecho a la vida, pues el medicamento no interfiere en un embarazo en curso y, como lo ha demostrado la OMS (1999), el uso de la AE resulta ineficaz y carece de efectos sobre el embrión o la madre. Sobre la vulneración del derecho a la vida del *nasciturus*, los recurrentes advirtieron que su protección está entregada a la ley, rechazando la argumentación de que el no nacido sea considerado persona, ya que su existencia legal surge y se reconoce legalmente al nacer (Dides, *et al.*, 2007:315). Paralelo a esto, el ISP autoriza un segundo fármaco (*Postinor 2*), el que sólo podía ser adquirido con receta médica retenida. Ante ello, en diciembre del 2002, sectores conservadores presentan una nueva demanda contra el ISP y el laboratorio que producía el medicamento, con propósito de declarar la cancelación del registro sanitario de *Postinor 2*. No obstante, en noviembre del 2005, la Corte Suprema declaró la legalidad y constitucionalidad de la autorización del fármaco (Casas, 2008).

En 2004, tres diputados del Partido por la Democracia (PPD) presentaron un proyecto de ley que reforma la Constitución con el objetivo de establecer una nueva garantía constitucional sobre DDSSRR (Boletín N°3702-07)¹²⁰. Esta iniciativa pretende garantizar a todas las personas, y en especial a las mujeres, el derecho a elegir el método anticonceptivo más apropiado de acuerdo a la legislación sanitaria vigente, sin embargo, este proyecto de ley no fue discutido.

Algunas organizaciones feministas¹²¹ y del ámbito médico y social (como APROFA e ICMER) presentaron a la Corte dos escritos para formar parte en el juicio contra la venta de *Postinal*, apelando que al prohibirse la venta y/o entrega gratuita de la AE se afectaría negativamente el derecho a la salud, la integridad física y psíquica, y el derecho al

¹²⁰ Debido a que esta iniciativa no fue discutida en el Parlamento, un proyecto de ley de similares características fue ingresado, el año 2006 (Boletín N°4277-07), por los Senadores Guido Girardi (PPD), José Antonio Gómez (PRSD), Roberto Muñoz Barra (PPD), Alejandro Ominami (PS) y Carlos Navarro (Ex PS).

¹²¹ Las organizaciones de mujeres partícipes fueron: Corporación de Desarrollo de la Mujer “La Morada”, Casa de la Mujer, MEMCH, Fundación Instituto de la Mujer, Centro de estudios para el desarrollo de la Mujer, Fundación IDEAS y Solidaridad y Organización Local (SOL) (Dides, 2004).

desarrollo científico de las mujeres. Del mismo modo, militantes del Partido Socialista (PS) postularon que las acciones judiciales contra la AE constituirían una arremetida en contra de la libertad de conciencia garantizada en la Constitución.

Frente al debate, en abril del 2004, el MINSAL emitió las Normas y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia a Personas Víctimas de Violencia Sexual que incorpora la atención a mujeres que han sido violadas e incluye la AE, con el propósito de minimizar y prevenir un embarazo no deseado (Dides, *et al.*, 2007). Así, la AE sólo estuvo disponible en el sistema público de salud para víctimas de violación.

3.3.1.3 El debate sobre el aborto

Otro debate que continuó en este periodo es el de la despenalización del aborto. Esta discusión se acrecienta cuando dos mujeres solicitaron en el 2002, a través de los medios de comunicación, que se les practicara un aborto terapéutico: a una de ellas por portar un feto con una patología severa incompatible con la vida, y a la otra por tener un embarazo molar que ponía en riesgo su salud y su vida (Dides, *et al.*, 2007:295). Producto de esto, se ingresan al Parlamento dos proyectos de ley que buscan despenalizar el aborto terapéutico¹²². Como respuesta de quienes se oponen a estas medidas, en el 2002, parlamentarias/os del Partido Unión Demócrata Independiente (UDI) presentan un proyecto de ley que busca cambiar la ubicación actual del delito de aborto, al capítulo sobre los delitos contra las personas. Este cambio implicaba un significativo aumento de las penas, tanto para las mujeres que se someten a abortos como para los terceros que intervienen (Boletín N°2978-07¹²³).

Frente a la polémica, Ricardo Lagos hizo algunas referencias públicas, pero no hubo iniciativas al respecto en su programa de gobierno y el debate no logró profundidad. Esta inacción ocurrió a pesar que el año 2004 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas recomendó al Estado revisar su legislación y despenalizar el aborto cuando se trate de abortos terapéuticos y de embarazos como consecuencia de violación o incesto.

3.3.1.4 Algunas iniciativas legales y sanitarias

A pesar de que la salud sexual y reproductiva no fue prioritaria para este gobierno ni se integraron las demandas más urgentes del movimiento feminista en estas materias,

¹²² Los proyectos de ley son: el Boletín N°2978-07 que modifica el Código Penal en el delito de aborto (2002); y el Boletín N°3197-11 que modifica el artículo 199 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico (2003).

¹²³ El proyecto propone introducir la figura de “arrepentimiento eficaz”, la que permitiría no aplicar la sanción penal a la mujer que aborta y faculta, al juez, a conmutar la pena privativa de libertad que se impone a la mujer, por la realización de trabajos en favor de la comunidad, especialmente en organizaciones de tipo “pro-vida”.

existieron algunas iniciativas interesantes sobre regulación de la fertilidad¹²⁴. Entre ellas se hallan la Norma sobre Esterilización Quirúrgica Voluntaria (2000); la Ley sobre VIH/Sida (2001); la aprobación en el ISP del registro de un producto dedicado para AE (2001); las Normas para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual (2004), que incluye la AE para las mujeres que han sufrido una violación; y la continuidad de la Mesa Interministerial de Prevención del Embarazo Adolescente. Esta mesa ya no sólo implementa el Programa Nacional del mismo nombre, sino que busca instalar el tema como política pública en materia de salud sexual y reproductiva para la población juvenil y adolescente, desde un enfoque intersectorial (MINSAL, MINEDUC, INJUV, SERNAM). Asimismo, el MINSAL crea una Mesa de Trabajo en Sexualidad (2002), con participación de la sociedad civil y grupos académicos, donde se discutieron, por ejemplo, las Normas para la atención de víctimas de violencia sexual (Frías, Lorenzini y Zabala, 2007; Díaz y Schiappacasse, 2010).

En el 2006, surge la Política de Salud y Pueblos Indígenas a partir de un diálogo de construcción conjunta, a nivel nacional y regional, que duró cinco años (2001-2006). De este proceso participaron grupos de expertos, implementadores de política, facilitadores culturales y organizaciones indígenas¹²⁵. La iniciativa surge a nivel central, desde donde se definen estrategias y objetivos generales, luego se discute a nivel local, en diversas regiones del país, y finalmente se conformó una Comisión redactora para su versión final. Esta política concibe lineamientos generales, con propósito de ser descentralizada, y su objetivo es que cada región establezca prioridades e iniciativas de acuerdo a sus necesidades, con la participación activa de las organizaciones indígenas. En algunas regiones, como la I región de Iquique, el ámbito de la salud sexual y reproductiva ha sido uno de los principales requerimientos, a partir del parto humanizado con pertinencia étnica. Desde ahí se han realizado modificaciones y adaptaciones al Programa de Salud la Mujer (1997) y el Programa Chile Crece Contigo¹²⁶ (2009), que integran un enfoque intercultural.

¹²⁴ Entre otras iniciativas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de este periodo se hallan: la modificación a la Ley de Violencia Intrafamiliar (2005); la Ley sobre Pornografía Infantil y Abuso Sexual; y la Ley sobre Acoso Sexual (Díaz y Schiappacasse, 2010). Además de algunos avances en el ámbito de la maternidad: el Código Sanitario reconoce que toda mujer –durante el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo/a— y el/la niño/a tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado en todos los establecimientos del Servicio Nacional de Salud; se modifica el artículo 203 del Código del Trabajo (2002), que obliga a instalar guarderías en establecimientos industriales y servicios; se decreta la subrogación para mujeres alcaldesas en periodo de pre y postnatal (2003); y se promulga la Ley N°19.591 (2003) que prohíbe el test de embarazo como exigencia para contratación, promoción o mantención en un empleo y concede fuero maternal a las trabajadoras de casa particular (Dides, *et al.*, 2008a).

¹²⁵ Entrevista a profesional MINSAL, 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹²⁶ Este programa se crea en el primer gobierno de Michelle Bachelet (Sección 3.3.2.7).

3.3.1.5 La educación sexual: El Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad

Durante el gobierno de Lagos se realizan diversas modificaciones a la política de educación sexual, proceso que deriva en el Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad (2005). Hasta el 2001, se continúa con la implementación de las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS)¹²⁷ (1996-2001), las que llegaron a más de 700 establecimientos, sentando las bases para la emergencia de un espacio de diálogo sobre sexualidad y afectividad no abordados anteriormente en la escuela. Por ello la experiencia se ha valorado positivamente (Dides, *et al.*, 2007). Su metodología se sustentó en un enfoque pedagógico y de derecho, asumiendo que las personas son libres y responsables de tomar decisiones vitales de manera autónoma. Esta iniciativa buscó posicionar al Estado y a la comunidad educativa a nivel local (escuela, establecimientos de salud primaria, iglesias, apoderados y organizaciones sociales) como actores activos en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Esto implicó romper con las formas institucionalizadas y jerárquicas de la educación tradicional, propiciando un espacio de diálogo horizontal entre profesores y alumnado. No obstante, en 2001, las JOCAS llegaron a su fin, dadas las presiones políticas desde sectores conservadores¹²⁸ y los problemas de implementación existentes. A pesar de ser una de las grandes propuestas gubernamentales sobre educación sexual, las JOCAS no tuvieron mayor impacto. La evaluación que se hizo de éstas no mostró grandes avances¹²⁹.

En el año 2000, la Comisión Interministerial del Embarazo Adolescente¹³⁰ plantea la necesidad de instalar una política pública intersectorial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva para jóvenes. Así, surge el “Plan de Sexualidad Responsable” (2001), desarrollado entre 2001 y 2006. Durante los primeros años (2001-2003) se implementó un Plan Piloto de gestión local en 8 comunas¹³¹, que propuso la participación de distintos actores para elaborar un diagnóstico sobre sexualidad y luego decidir la mejor forma de abordar en conjunto la temática. El principal propósito fue promover un diálogo social respecto a la necesidad de facilitar el desarrollo de una sexualidad sana, plena y reflexiva

¹²⁷ Las JOCAS surgen del trabajo de la Comisión Interministerial de Prevención del Embarazo Adolescente, en que participaba el SERNAM, el MINEDUC, el MINSAL y el INJUV, y contó con apoyo de la UNFP.

¹²⁸ Los sectores conservadores argumentaban que las JOCAS pasaban por alto el derecho de los padres de educar a sus hijos en los valores que ellos estimasen convenientes. Además, éstas fueron vistas como un incentivo para la iniciación sexual precoz, pues promovía el uso de métodos anticonceptivos. Las JOCAS no fueron apoyadas por los obispos de la Iglesia Católica y las/os parlamentarias/os de la derecha política amenazaron con recortar el presupuesto respectivo.

¹²⁹ Entrevista a dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹³⁰ Entre otras iniciativas impulsadas por la comisión está la modificación de la Ley Orgánica de Educación (LOCE), sobre el derecho de las estudiantes embarazadas o madres lactantes, de acceder a los establecimientos educacionales (2000). Asimismo, se añade a esta ley un inciso que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad, promoviéndose los mismos derechos que las/os demás alumnas/os (2004) (Dides, *et al.*, 2008a).

¹³¹ Estas comunas representan población del norte (Calama y Ovalle), centro (Valparaíso, Cerro Navia, Pudahuel, Lo Prado y San Bernardo) y sur (Temuco) del país.

en las personas, familias y comunidades (Dides, *et al.*, 2007:281). La propuesta estuvo orientada a favorecer el ejercicio de la autonomía de hombres y mujeres (especialmente jóvenes), facilitando el intercambio de ideas, la reflexión colectiva y la toma de decisiones sobre sexualidad. Sin embargo, no se obtuvieron los resultados esperados: no disminuyó el embarazo adolescente ni se logró la coordinación intersectorial que permitiera la atención sistemática, de los profesionales de la salud, a los establecimientos escolares y sus alumnas/os (Olavarría, 2005:2).

En 2004, dadas las reiteradas demandas desde distintos sectores, MINEDUC convoca una Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación en Sexualidad para evaluar lo desarrollado hasta entonces. En esta Comisión participaron expertas/os, dirigentes estudiantiles, representantes de Asociaciones de Padres y Apoderadas/os y sostenedoras/es de establecimientos educacionales, entre otras/os. Esta Comisión destaca los siguientes puntos (Olavarría, 2005:14): i) existen dificultades para que las políticas y las orientaciones definidas desde el MINEDUC lleguen efectivamente a las bases; ii) es necesario incorporar la sexualidad en la formación de profesores y programas de perfeccionamiento, junto con generar estructuras permanentes de participación y formación de apoderadas/os, profesoras/es y alumnas/os; iii) se requiere revisar y profundizar el principio de subsidiaridad del Estado; y iv) se deben incluir nuevos temas en la educación sexual (embarazo adolescente y maternidad/paternidad adolescente, violencia intrafamiliar, abuso sexual infantil, discriminación y orientación sexual). Asimismo, se plantea la necesidad de un Plan estratégico de acción (con sus respectivos indicadores de proceso y de resultado) que instale el tema en el sistema escolar y asegure el derecho de niñas/os y adolescentes a ser sujetos de una educación sexual oportuna y de calidad, que permita el desarrollo de competencias para tomar decisiones libres, informadas y responsables.

A partir de estas recomendaciones, el MINEDUC lanza el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005), actualizando así la Política de 1993. Este Plan propone una nueva mirada frente a la educación sexual, entendida como “un derecho que tiene todo ser humano de ser acompañado y de contar con situaciones de aprendizaje significativas, que le permitan ir integrando esta dimensión de su ser personal y social a lo largo de las distintas etapas de la vida” (MINEDUC, 2005:17)¹³². El Plan, además, aborda desafíos prioritarios como el embarazo adolescente, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual infantil, la discriminación por orientación sexual y el rol de los medios de

¹³² Este Plan se orienta por los siguientes principios: i) no-discriminación; ii) autonomía progresiva; iii) el interés superior de las/os infantes; y iv) el derecho a la salud y a la vida de la infancia y la juventud.

comunicación¹³³. Se plantea apoyar y asegurar la implementación de una formación que reafirme una sexualidad oportuna, de calidad, con equidad de género y que no discrimine por orientación sexual, para responder a las necesidades de las/os niñas/os y jóvenes del país. Cabe destacar que éste fue el primer reconocimiento que hizo el Estado sobre no discriminación por orientación sexual. El MINEDUC, mediante su entonces ministro, Sergio Bitar, reconoce públicamente que no se podrá discriminar por estos motivos en los establecimientos educativos. Esto fue un avance en el reconocimiento de las llamadas “minorías” sexuales. No obstante, como comenta un integrante de MOVILH¹³⁴, el Plan no contó con un Reglamento que hiciera operativo esta intención.

Por otro lado, se crea la Secretaría Técnica de Educación Sexual (2005) para la difusión e implementación del Plan Nacional en todos sus niveles ministeriales, en los establecimientos educacionales (municipales y particular-subvencionados) y en la opinión pública. Además se designó un equipo profesional que integró la Secretaría y un presupuesto para su puesta en marcha y cumplimiento de objetivos (Olavarría, 2005; Fríes, Lorenzini y Zabala, 2007). Por primera vez se crea un organismo especializado en estas materias en el MINEDUC. Sin embargo, la secretaría deja de existir en el 2010 y hasta el momento no se conocen evaluaciones sobre el plan (Díaz y Schiappacasse, 2010) (Sección 3.3.2.6).

En un nivel más operativo, desde 2005, MINEDUC comienza a trabajar en el ámbito de la capacitación docente, a partir del Programa de Afectividad y Sexualidad Adolescente (PASA), de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. La intención fue capacitar a profesoras/es para que ellas/os pudieran producir este aprendizaje al interior del aula. Para esto, se ideó un sistema de aprendizaje *e-learning* que permitía capacitar simultáneamente a profesores a lo largo de todo Chile¹³⁵. Las/os profesoras/es podían acceder a esto como parte de la oferta para su mejoramiento continuo, por ejemplo, a través del Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas (CPEIP)¹³⁶.

¹³³ Los objetivos estratégicos del Plan son: 1) Asegurar que el MINEDUC cuente con capacidades para implementar el plan en todos los niveles del sistema educacional; 2) Apoyar y promover la labor educativa de las familias para que realicen un adecuado acompañamiento de sus hijas/os, en las distintas edades y contextos en que se desarrollan; 3) Apoyar y asegurar, en las comunidades educativas, la implementación de una educación sexual oportuna, de calidad y con equidad de género, que responda a las necesidades de las/os niñas/os y jóvenes del país; y 4) Concordar una agenda de trabajo con los medios de comunicación y otros actores relevantes que son fuente de información y orientación para las/os niñas/os y jóvenes en materia de afectividad y sexualidad.

¹³⁴ Entrevista del 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹³⁵ Entrevista a dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹³⁶ El Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas es un organismo de investigación, a cargo del MINEDUC, que tiene por objetivo ser un centro de apoyo a la docencia de profesores con el fin de mejorar el aprendizaje y la entrega de contenidos académicos a las/os estudiantes.

Finalmente, en este periodo, dos Senadores de partidos políticos de la *Concertación* presentan un proyecto de ley que Modifica la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, en materia de educación sexual (Boletín N°4514-04 del 2006), cuya finalidad es integrar la educación sexual al marco regulatorio de la enseñanza. Sin embargo, esta iniciativa no fue discutida y cuando se sustituye la LOCE (1990) por la LGE (2009), ésta no es incluida.

3.3.2 El primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010)

Cuando Michelle Bachelet lanza su candidatura a la presidencia (2005), parte del movimiento feminista aprovecha la oportunidad para presentar algunas propuestas sobre género y DDSSRR. Una de éstas fue la instalación de Consejos de Género a nivel ministerial —con propósito de integrar la perspectiva de género en la labor de cada ministerio—, que fue acogida por la presidenta¹³⁷. El gobierno de Bachelet tuvo un discurso a favor de la igualdad de género y lograron concretarse algunas iniciativas interesantes.

En este periodo, los principales actores a favor de introducir reformas en los ámbitos estudiados fueron: ONGs y organizaciones sociales de mujeres, feministas, de la diversidad sexual y del ámbito sanitario; organismos académicos (ICMER y APROFA) y actores gubernamentales (MINSAL, SERNAMEC y parlamentarias/os de los partidos políticos de la *Concertación*). Por el contrario, aquellos actores que se opusieron a avanzar en la garantía de DDSSRR —a partir de la presentación de requerimientos ante el Poder Judicial y la promoción de campañas contra las iniciativas impulsadas por el gobierno— fueron aquellos asociados a instituciones vinculadas a la iglesia católica (Conferencia Episcopal) y partidos políticos conservadores (de la *Alianza por Chile*¹³⁸). Al igual que en el periodo anterior, estos últimos presentaron proyectos de ley que buscaron incrementar la pena por el delito de aborto. A continuación se comentan los principales hitos de este periodo: i) el ingreso, por segunda vez, del Proyecto de Ley Marco sobre DDSSRR (2008); ii) las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2006), que reavivan la polémica sobre la AE y deriva en la Ley N°20.418; iii) la creación del Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres de MINSAL; iv) la continuidad del debate sobre el aborto; v) algunas iniciativas en prevención del embarazo adolescente; vi) la implementación del Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad; y vii) el Programa Chile Crece Contigo que apoya la maternidad de mujeres de escasos recursos.

¹³⁷ Entrevista a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹³⁸ La *Alianza por Chile* es una coalición política y electoral que agrupó a los partidos más representativos de la derecha en Chile: Renovación Nacional (RN) y Unión Demócrata Independiente (UDI). En el año 2009, esta alianza cambia de nombre y pasa a llamarse *Coalición por el Cambio*.

3.3.2.1 El reingreso del Proyecto de Ley Marco sobre DDSSRR

Dado que en ocho años el Proyecto de Ley Marco sobre DDSSRR no fue discutido en el Parlamento, en 2008, las organizaciones de la sociedad civil que lo promovieron optan por ingresarlo nuevamente¹³⁹. Durante su campaña presidencial, Michelle Bachelet se comprometió a incorporar los DDSSRR en su agenda de gobierno e incluir la reposición de este proyecto de ley, donde SERNAM debía apoyarlo y promover su discusión (Díaz y Schiappacasse, 2010). A pesar de la presión generada para que el gobierno le otorgara carácter de urgente, la iniciativa no fue discutida (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009).

3.3.2.2 El debate sobre la AE: las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad y la Ley N°20.418

En el transcurso del debate sobre la AE, se publican las Normas de Regulación de la Fertilidad del MINSAL (2007), con la participación de profesionales de ICMER y APROFA. Las Normas tienen el propósito de regular el acceso y la calidad de estos servicios, contemplando la AE como parte de la oferta de anticoncepción provista por los centros públicos de salud. Con esta iniciativa se espera continuar disminuyendo la mortalidad materna mediante la reducción de embarazos no deseados y de alto riesgo, pero esta vez desde una perspectiva de género. Las Normas proponen corregir las desigualdades entre hombres y mujeres respecto a su capacidad de controlar y decidir sobre su salud sexual y reproductiva, así como también aumentar la participación y responsabilidad masculina en este ámbito. Entre otras medidas, se facilitan los procedimientos de esterilización tanto para hombres como mujeres, quienes pueden hacerlo sin otro requisito que su propia decisión y voluntad, resguardando el consentimiento informado. Asimismo, se permite la realización de vasectomías en establecimientos de salud públicos.

La iniciativa reactiva el debate sobre la AE, porque permite su distribución a mujeres menores de 14 años sin conocimiento o consentimiento expreso de sus padres y sólo contempla una consejería profesional. En 2006, 36 diputados de la *Alianza por Chile* presentaron un requerimiento de inconstitucionalidad, frente al Tribunal Constitucional (TC), contra el Decreto Supremo N°48 del 2007, de MINSAL, que autoriza las Normas. Este requerimiento no sólo cuestionaba la AE, sino también los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos (DIU). Después de un largo debate judicial, en marzo 2008, el TC decidió suspender la distribución de la AE en el sistema público de salud. Este fallo fue un hito, ya que las movilizaciones sociales para manifestar repudio alcanzaron niveles

¹³⁹ Esto es apoyado por las/os entonces Diputadas/os Adriana Muñoz (PPD), María Antonieta Saa (PPD), Enrique Accorsi (PPD), Juan Lobos (UDI), Osvaldo Palma (RN), Alberto Pantoja (PRSD), Fulvio Rossi (PS) y Gabriel Silber (DC).

importantes, no vistos en muchos años (por ejemplo, “el Pildorazo”¹⁴⁰, manifestaciones frente al TC y frente al Congreso), lo que demostró que los DDSSRR son un tema de interés público (Maira, 2010). Prueba de ello es la creación del Movimiento por la Defensa de la Anticoncepción (2008) y de la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD) (2008) en donde participan diversas organizaciones sociales, de mujeres, gremiales, juveniles y de diversidad sexual. A estos se suman los debates y pronunciamientos públicos por parte de universidades y centros de estudios (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009).

El fallo del TC provocó que, en 2009, la Contraloría General de la República dictaminara la prohibición a los municipios de entregar la AE, haciendo extensiva la medida a cualquier ente público o privado que suscribiera convenio con algunas de las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud. De modo que los únicos organismos estatales que hasta dicha fecha podían entregar la AE en cualquier situación quedaron inhabilitados para hacer uso de esa facultad.

Frente esta coyuntura, desde el Ejecutivo, con propósito de proteger los derechos de la ciudadanía y asegurar la equidad entre hombres y mujeres, se presentó en calidad de suma urgencia un proyecto de ley que autoriza la entrega de métodos de anticoncepción a la población en el sistema público de salud, entre ellos la AE. La iniciativa fue aprobada en la Cámara de Diputados (2009), en el Senado fue aprobada con modificaciones y finalmente el 28 de enero 2010 la Ley N°20.418, que Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, fue promulgada. Con esta Ley se reconoce el derecho de todas las personas a recibir información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa, confidencial y de acuerdo a las creencias o formación de cada persona. Asimismo, la ley expresa que la Red de Asistencia del Sistema Nacional de Servicios de Salud debe poner a disposición de la población métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales, que cuenten con la debida autorización. A partir de esta ley, en marzo 2013, se publica el reglamento que compete a MINSAL, y queda sin resolverse, hasta el día de hoy, el que compete a MINEDUC respecto a la obligatoriedad de la educación sexual en la enseñanza media.

3.3.2.3 El Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres

Después de la experiencia de la Mesa sobre Sexualidad y la Reforma Sanitaria que contempla la creación de Consejos Consultivos en Salud, impulsadas por el gobierno

¹⁴⁰ Movilización nacional contra el fallo del TC, realizada el 22 de abril del 2008, que contó con la participación de 35.000 personas en diferentes puntos del país.

anterior, se conforma el Consejo Consultivo de Género y de Salud de las Mujeres del MINSAL (2007), con el apoyo de la entonces Ministra de Salud, Soledad Barría, y la Dra. María Isabel Matamala. Este consejo lo conforman organizaciones de la sociedad civil (organizaciones feministas, de mujeres, de salud, de la diversidad sexual y académicas) y en él se han discutido, entre otras cosas¹⁴¹, las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007) y su proceso actualización¹⁴²(2014). En este espacio, también, las organizaciones de la sociedad civil buscaron generar presión para poner urgencia al Proyecto de Ley Marco sobre DDSSRR (2008), pero estas gestiones no tuvieron resultados favorables (Observatorio de Equidad de Género en Salud, 2009).

3.3.2.4 El debate sobre el aborto

En este periodo presidencial ingresan diez proyectos de ley relacionados al aborto, cinco que buscan mantener e incluso acentuar la penalización de éste, presentados por representantes de partidos conservadores (UDI, RN y DC)¹⁴³; y cuatro que intentan despenalizar el aborto terapéutico, apoyados por parlamentarios/os de partidos de la *Concertación*¹⁴⁴. Ninguna de estas iniciativas fue discutida durante este periodo.

Por otro lado, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (2006) expresó su preocupación por la insuficiencia del reconocimiento y la protección de los derechos relacionados con la salud reproductiva de la mujer en Chile y, especialmente, por la penalización del aborto en toda circunstancia. Ante esto, se recomienda al Estado considerar la revisión de las leyes relativas al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas, dar acceso a las mujeres a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y, así, reducir las tasas de

¹⁴¹ Este Consejo ha trabajado, principalmente, en la normativa sobre Violencia de Género, intentando validar que su objeto de intervención es la violencia de género y no sólo la violencia intrafamiliar.

¹⁴² La actualización de estas Normas contó con un proceso de consulta (entre el 1 y 30 de junio 2014), a partir de una plataforma virtual en el sitio web de MINSAL, que contaba con una planilla adjunta. Para esto, se envió un correo desde el Ministerio a algunos actores para su revisión, realización de sugerencia y/o correcciones. Entrevista a profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁴³ Entre los proyectos que defienden el derecho a la vida del no nacido se encuentran: 1) el Boletín N°4121-07 que propone una reforma constitucional que eleva el quórum para la despenalización del aborto terapéutico (2006); 2) el Boletín N°4122-07 que agrega un nuevo artículo al Código Penal para que sólo a través de una reforma constitucional se pueda derogar el delito de aborto (2006); 3) el Boletín N°4307-07 que tipifica el delito de lesiones al ser humano en gestación (2006); 4) el Boletín N°4447-11 que modifica disposiciones del Código Penal y el Código Sanitario, con el objetivo de precisar las conductas penadas en relación al delito de aborto (2006); 5) el Boletín N°4818-24 que autoriza la construcción de monumentos a las víctimas inocentes de aborto (2007); y 6) el Boletín N°5927-07 que propone una reforma constitucional que resguarde la vida del niño que está por nacer (2007).

¹⁴⁴ Entre los proyectos de ley que intentan despenalizar el aborto terapéutico, están: 1) el Boletín N°4751-11 sobre interrupción de aborto terapéutico (2006); 2) el Boletín N°6420-11 que modifica el artículo 119 del Código Sanitario para permitir la interrupción médica del embarazo en caso de riesgo de la madre (2009); 3) el Boletín N°6522-11 sobre interrupción terapéutica del embarazo (2009); y 4) el Boletín N°6591-11 que modifica el Código Sanitario señalando los casos en los cuales se podrá interrumpir el embarazo (2009).

mortalidad materna, de conformidad con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Párr. 19 y 20).

En 2007, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas manifestó su “preocupación por la legislación indebidamente restrictiva del aborto, especialmente en casos en que la vida de la madre esté en peligro” (párr. 8); y el Comité de los Derechos del Niño exhortó a Chile a “revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre” (Párr. 56). No obstante, no se observan avances en la materia. De hecho, en 2009, Chile rechazó formalmente las Recomendaciones del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre hacer esfuerzos adicionales para garantizar que las leyes sobre aborto estén en consonancia con los derechos humanos.

Frente a la penalización del aborto, organizaciones feministas se propusieron cubrir los vacíos de la legislación nacional. Entre éstas se encuentra el colectivo de lesbianas y feministas Línea Aborto Libre (2009) que sostiene diferentes herramientas para la entrega de información segura sobre aborto con medicamentos hasta las 12 semanas de gestación y para la defensa de las mujeres en situaciones de violencia cultural, médica y/o política. Algunas de sus iniciativas se refieren a la atención telefónica para asesorar a mujeres sobre la autogestión de abortos con misoprostol¹⁴⁵, realización de talleres prácticos sobre aborto, entrega de información sobre procedimientos, legislación y herramienta para la abogacía de mujeres y la edición de un manual sobre aborto con pastillas¹⁴⁶.

Por otro lado, organizaciones feministas y del ámbito académico han realizado encuestas de opinión pública, que muestran que un porcentaje importante de la sociedad chilena piensa que se debe revisar la legislación sobre aborto y legislar sobre aborto terapéutico. Entre dichas encuestas se encuentran las realizadas por FLACSO-Chile en 2009¹⁴⁷; la

¹⁴⁵ El misoprostol (o misotrol) es un medicamento utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Actualmente, también es usado para la realización de abortos con medicamentos en países donde se penalizan estas prácticas, como es el caso de Chile.

¹⁴⁶ Línea Aborto Libre (2012). “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres”. Recuperado en: <http://infoabortochile.org/?p=425> (último acceso el 23 de diciembre 2015).

¹⁴⁷ Dides, Claudia; Benavente, María Cristina y Sáez, Isabel (2010). *Principales Resultados. Estudio de opinión sobre aborto en Brasil, Chile, México, Nicaragua*. Serie de Documentos Electrónicos N°1. Programa de inclusión social y género. Recuperado en: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/flacso-chile.pdf> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

Universidad Diego Portales en 2010¹⁴⁸; la Corporación Humana en 2011¹⁴⁹, 2013¹⁵⁰ y 2014¹⁵¹; y el Centro de Estudios Públicos en 2014¹⁵²; entre otras (Schiappacasse, *et al.*, 2003; Dides, *et al.*, 2007; Dides, Benavente y Sáez, 2010). Sin embargo, esta discusión no fue asumida por el gobierno. El único guiño al respeto fue que en abril del 2009, el entonces Ministro de Salud, Álvaro Erazo, envió una ordenanza a los Directores de Servicios Salud (Instructivo N°1675) sobre confidencialidad médica en la atención post aborto, para informar que, pese al tipo penal que describe como ilícito el aborto, los médicos y el personal de salud no deben extraer confesiones sobre dicha conducta a las mujeres, pues con ello se vulnera el secreto profesional derivado de la relación de confidencialidad médico-paciente. Asimismo, el Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2020, redactado poco antes de finalizar el primer mandato de Bachelet, plantea la despenalización del aborto terapéutico como una meta del decenio.

3.3.2.5 Iniciativas de prevención del embarazo adolescente

En este ámbito, desde el año 2006, MINEDUC dirige una mesa de Prevención del Embarazo Adolescente que cuenta con la participación de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca (JUNAEB), la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), SERNAM, INJUV y el Ministerio de Desarrollo Social (MDS). Además, desde el 2008, se crea una Mesa intersectorial con el propósito de generar una Red de Protección Social para que madres y padres adolescentes continúen sus estudios. La mesa es coordinada por la Subsecretaría de Educación y la conforman INJUV, JUNAEB, el Programa Chile Crece Contigo del MDS, el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el Ministerio de Justicia, JUNJI, SERNAM con el Programa de Salud de la Mujer y MINSAL con el Programa de Salud Adolescente.

¹⁴⁸ UDP (2010). *Ciudadanía apoya aborto dependiendo de circunstancias. Opinión pública y aborto en Chile*. Encuesta Nacional Universidad Diego Portales, Chile. Recuperado en: <http://encuesta.udp.cl/descargas/publicaciones/2010/Opinion%20Publica%20y%20Aborto%20en%20Chile%202010.pdf> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

¹⁴⁹ Corporación Humanas (2011). *Octava Encuesta Nacional: Percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2011*. Recuperado en: http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2014/encuestas%20/07_Encuesta%20Humanas%202011.pdf (último acceso el 15 de diciembre 2015).

¹⁵⁰ Corporación Humanas (2013). *Novena Encuesta Nacional: Percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2013*. Recuperado en: http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2014/encuestas%20/08_IX%20Encuesta%20Corporacion%20Humanas.pdf (último acceso el 15 de diciembre 2015).

¹⁵¹ Corporación Humanas (2014). *Décima Encuesta de Opinión: Percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2014*. Recuperado en: <http://slideplayer.es/slide/3034540/> (último acceso el 15 de diciembre 2015).

¹⁵² CEP-Chile (2014). *Estudio Nacional de Opinión Pública N°71, julio 2014*. Centro de Estudios Públicos, Chile. Recuperado en: http://web.vrsrver2.cl/cepchile/encuestaCEP_Julio2014.pdf (último acceso el 15 de diciembre 2015).

El año 2007, MINSAL inicia la reformulación del Programa de Salud Adolescente, a partir de un proceso que involucró a grupos de expertos¹⁵³, implementadores de salud y a jóvenes a nivel nacional y regional. Para asegurar la participación de las/os jóvenes, se catastró a las diversas organizaciones juveniles en todo Chile –según narra la profesional del MINSAL a cargo de proceso¹⁵⁴– con el fin de convocarlas a discutir sobre sus inquietudes en salud. Desde esta experiencia, se crea el Consejo de Salud de Adolescentes y Jóvenes (2010), concebido como un espacio de reflexión y como un órgano que incide en la gestión pública (UNFPA-MINSAL, 2012:18). Uno de los focos de esta reformulación estuvo en la prevención del embarazo adolescente y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Para responder a esta demanda, se crea el Programa Espacios Amigables para la Atención de Salud de los y las Adolescentes, en 54 comunas con altas tasas de embarazo adolescente, lo que implicó modificaciones de la atención en salud para responder a las necesidades de esta población (horarios, confidencialidad, etc.).

3.3.2.6 La implementación del Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad

Como la prevención del embarazo adolescente sigue siendo un tema de interés, además de las iniciativas antes descritas, el primer gobierno de Bachelet plantea fortalecer la implementación de la política de educación en sexualidad y afectividad (Díaz y Schiappacasse, 2010). Entre las principales iniciativas se encuentra la puesta en marcha de la Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género, que enfatiza la inclusión de una perspectiva de género en la definición de programas en educación sexual. Sin embargo, desde el 2005 en adelante, la formación en sexualidad estuvo centrada principalmente en la capacitación de profesores, donde MINEDUC toma el liderazgo. Esto genera que la propuesta de intersectorialidad, que planteaba el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005), se disipe en la práctica¹⁵⁵.

Durante este periodo presidencial, continúa la implementación del Programa PASA, con la limitación de que las/os profesoras/es se capacitaban por demanda espontánea e iniciativa propia, entonces, las posibilidades de implementar actividades al interior de sus establecimientos, posterior a su formación, eran restringidas. Los docentes estaban condicionados a la voluntad de los establecimientos educativos. Frente a ello, en 2009, se implementa el Programa de Planificación de Educación en Sexualidad y Afectividad (PLANESA), que se desarrolló durante un año. Este programa intentaba generar equipos que planificaran y gestionaran la educación sexual en cada establecimiento. No obstante,

¹⁵³ Como la Sociedad Chilena de Pediatría la Sociedad de Ginecología Infanto-Juvenil, la Sociedad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Colegio de Psicólogos, Colegio de Matronas y otros.

¹⁵⁴ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁵⁵ Entrevista a una profesional del Programa PASA, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

PLANESA no tuvo los resultados esperados, ya que el método de implementación era complejo y no siempre iba en las lógicas a las cuales está acostumbrada la escuela¹⁵⁶.

Este periodo presidencial, además, estuvo marcado por una polémica. El último año del primer gobierno de Bachelet, el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) presenta el Manual Educativo “Educando en la diversidad” (2009)¹⁵⁷ ante Magdalena Garretón —la entonces Directora de la Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género—, quien se mostró públicamente a favor de la iniciativa. Ante ello, las Iglesias Católica y Evangélica, junto a sectores conservadores mostraron una fuerte oposición a que este tipo de iniciativas fueran avaladas por el gobierno. Esto produjo que grupos evangélicos y católicos, respaldados por Senadores de la UDI, se reunieran con la Ministra de Educación, Mónica Jiménez (DC), lo que finalmente produjo la destitución de Garretón en su cargo y el no respaldo desde MINEDUC al manual educativo del MOVILH.

Por otro lado, en 2006, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, desarrolló un estudio exploratorio sobre las necesidades educativas en el ámbito de la sexualidad y la afectividad de niñas/os con discapacidad intelectual, desde una perspectiva de género. De este estudio surge una Guía para el Docente “Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual” (2007), pero ésta no formó parte de la política a nivel nacional.

Finalmente, otro hito es la promulgación de la Ley N°20.418 (2010), que contempla la inclusión de programas de educación sexual en la educación secundaria. No obstante, a diciembre 2015, MINEDUC no ha generado el reglamento correspondiente, lo que limita los avances en la materia.

3.3.2.7 Programa Chile Crece Contigo

En la línea de la reforma al Sistema de Protección Social impulsada por Lagos, Bachelet pone en marcha el Sistema Integral de Protección a la Infancia “Chile Crece Contigo” (2009), a partir de la Ley N°20.379, que crea un Sistema Intersectorial de Protección Social y el subsistema de protección integral a la infancia. Esta iniciativa se sustenta en la concreción de derechos sociales y tiene como objetivo acompañar el desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su gestación, hasta su ingreso en el sistema escolar. Si bien esta iniciativa no compete al ámbito de la regulación

¹⁵⁶ Entrevistas a dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile).

¹⁵⁷ MOVILH (2010). Manual Pedagógico “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas. Segunda Edición (Anexo N°6).

de la fertilidad propiamente tal, es considerado un avance importante en materias de apoyo a la maternidad, sobre todo de mujeres de escasos recursos.

3.3.3 El gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014)

El gobierno de Sebastián Piñera —representante de la *Coalición por el Cambio*¹⁵⁸— significó un viraje en las iniciativas impulsadas por los gobiernos de la *Concertación* en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. En este periodo, los principales actores a favor de introducir reformas en los ámbitos estudiados fueron organizaciones de mujeres y feministas (como ACCIÓN, La Morada, CUDS, AFLD, Coordinadora Feminista en Lucha y Miles-Chile) y parlamentarias/os de los partidos políticos de la *Concertación*. Quienes intentaron hacer frente a un gobierno que optó por el fomento a la maternidad y la promoción de la educación sexual como tema “valórico”¹⁵⁹. Así, actores gubernamentales como SERNAM y MINEDUC exhibieron un discurso más conservador, en comparación a los dos gobiernos anteriores, lo que fue apoyado por organizaciones “pro-vida” y partidos políticos de la *Coalición por el Cambio*. Quienes, además, recurrieron a su tradicional estrategia de apelar ante el Poder Judicial frente a iniciativas que vulneraran la vida del no nato y a presentar proyectos de ley que reivindicaran este derecho. A continuación se repasan algunos acontecimientos importantes de este periodo: i) iniciativas para el apoyo a la maternidad; ii) la polémica sobre la AE y iii) el aborto; y iii) la implementación de siete programas de educación sexual.

3.3.3.1 Algunas iniciativas de apoyo a la maternidad

Entre las propuestas del gobierno de Piñera en esta línea, se encuentra la creación de una nueva área en SERNAM, llamada “Mujer y Maternidad”, para la consecución de uno de los objetivos estratégicos de su gobierno: fortalecer la familia como base de la sociedad y fomentar medidas concretas que destaquen y protejan la maternidad. Entre las acciones alineadas en este propósito, se promulga la Ley N°20.545 (2011) que modifica las normas sobre la protección de la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental que permite a las madres, y eventualmente a los padres, ampliar el tiempo para acompañar a sus hijas/os recién nacidas/os. El posnatal se incrementa de 12 a 24 semanas, periodo en el cual se recibe un subsidio maternal financiado por el Estado que cubre la remuneración durante la extensión del permiso postnatal. Esta medida se consideró un hecho importante respecto de los derechos laborales de las mujeres.

¹⁵⁸ La *Coalición por el Cambio* es la alianza política que reúne a los partidos políticos de derecha: Renovación Nacional (RN) y Unión Demócrata Independiente (UDI).

¹⁵⁹ Los temas valóricos se comprenden como aquellos asuntos públicos que se vinculan a los valores morales. Este concepto tiende a ser ambiguo —al tener una aplicación algo acomodadiza—, pero es bastante utilizado en el discurso de los sectores conservadores en Chile, al interior y fuera del Estado, quienes lo asocian casi exclusivamente con los valores tradicionales (como la vida, la familia tradicional, la abstinencia, entre otros).

Este mismo año, se crea el Programa Mujer y Maternidad “Comprometidos con la vida”, que entrega apoyo a las madres que se encuentran en situaciones complejas, desde el periodo de gestación, con el fin de ofrecer información, orientación, acompañamiento, derivación y atención psicosocial. Conjuntamente, se crea el Centro Especializado de Apoyo y Atención a la Maternidad (CEAAM) que cuenta con ayuda telefónica, electrónica y presencial abierta a la comunidad y con cobertura nacional.

Durante el 2011, a través de Fondo Nacional de Salud (FONASA), se inicia un programa piloto de fertilización asistida de baja complejidad. Este programa comienza con 80 tratamientos, para ampliarse a 409, en 2012, y a mil en 2013. En esta misma línea, en el año 2013, frente a la preocupación del gobierno por la baja tasa de natalidad registrada en el Censo 2012¹⁶⁰, se anuncia el envío de un proyecto de ley (Boletín N°9040-31), aprobado en 2014, destinado a la entrega de un bono en dinero a las parejas que tengan tres hijas/os o más¹⁶¹. Esta medida fue bastante criticada, por diferentes sectores, al ser considerada una medida populista y simplista.

3.3.3.2 Continúa el debate sobre la Anticoncepción de Emergencia

La polémica sobre la AE también estuvo presente en este periodo. Después de una extensa polémica, el 28 de mayo del 2013 –con el propósito de cumplir la Ley N°20.418—, entra en vigencia el reglamento del MINSAL para asegurar el ejercicio del derecho a recibir información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Este reglamento regula la entrega de anticonceptivos, incluida la AE a mujeres menores de 14 años, y deja a criterio del personal de salud, quienes deben velar por la confidencialidad, el informar posteriormente a los padres o tutores legales. Con este reglamento no es admisible la objeción de conciencia ni la aplicación discrecional de ésta en los servicios de salud públicos. Instituciones como el Colegio Médico de Chile apoyaron la iniciativa, argumentando que medidas como ésta benefician principalmente a las personas con menos recursos. No obstante, se generaron diversas críticas desde los sectores más conservadores, entre ellos abanderados de la Unión Demócrata Independiente (UDI) y la Iglesia Católica.

A pesar del avance que significó el reglamento, éste vuelve a experimentar un retroceso. En enero del 2014, un dictamen de la Contraloría General de la República obligó al

¹⁶⁰ Cabe destacar que el Censo 2012 fue descartado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), dada una serie de problemas vinculados a la recolección y tratamiento de los datos. La recomendación ha sido realizarlo nuevamente antes del 2015 –lo que aún no se lleva a cabo— y no hacer uso de estos datos para la gestión de políticas públicas, pues éstos no cumplen con los estándares de un censo.

¹⁶¹ El bono asciende a \$100.000 pesos chilenos (alrededor de 128 euros), por el tercer hijo o hija, a \$150.000 pesos chilenos (alrededor de 190 euros), por el cuarto hijo o hija, y a \$200.000 mil pesos chilenos (alrededor de 250 euros) a contar del quinto hijo o hija.

MINSAL a modificar el reglamento en su punto más conflictivo: la entrega de la AE a menores de 14 años sin el consentimiento de sus padres. Este dictamen es producto del requerimiento presentado por la ONG Comunidad y Justicia (creada en 2012), que defiende el derecho preferencial de los padres a educar a sus hijas/os. Con dicho dictamen el MINSAL emitió una circular a todos los establecimientos de salud, anunciando cambios en el artículo N°7 del reglamento, que prohíbe la entrega de la AE a menores de 14 años sin consentimiento de los padres.

3.3.3.3 *Se reaviva la polémica sobre el aborto*

En el periodo 2010-2014, se presentaron siete proyectos que intentan despenalizar el aborto terapéutico, impulsado por parlamentarias/os de la *Concertación*¹⁶²; y dos iniciativas, proveniente desde sectores conservadores, que buscan promover el derecho a la vida del no nacido¹⁶³. De estos proyectos de ley, sólo se aprueba, en 2013, la moción que establece el día de la adopción y del que está por nacer. Frente al aplazamiento de la discusión sobre la despenalización del aborto en el Parlamento, en 2011, organizaciones feministas (la plataforma de ONGs ACCIÓN y La Morada, con adhesión de nueve organizaciones de mujeres) lanzan la campaña “tengo derecho a decidir” en el marco del día internacional de la mujer. La iniciativa tuvo el apoyo de diversas figuras públicas y buscó visibilizar la demanda por la despenalización del aborto terapéutico. Por otro lado, este mismo año, se propone –con el apoyo de organizaciones feministas como Miles-Chile, Corporación Humana, La Morada y Foro Ciudadanos, entre otras– el proyecto “Vota 121”¹⁶⁴ que aspiró a ser la primera consulta ciudadana sobre aborto terapéutico. Ésta se realizó *online*¹⁶⁵ y sus resultados esperaban presentarse formalmente en las Comisiones de Salud y la Cámara de Diputados¹⁶⁶.

Ante las presiones de la sociedad civil y la polémica que generó una mujer con un embarazo inviable para el que no podía practicarse un aborto, la Comisión de Salud del

¹⁶² Entre ellos se encuentran: 1) el Boletín N°6845-07 que despenaliza el delito de aborto y consagra el aborto terapéutico (2010); 2) el Boletín N°7373-07 que despenaliza la interrupción del embarazo por razones médicas (2010); 3) el Boletín N°7391-07 que despenaliza el aborto terapéutico, eugenésico o en caso de violación (2010); 4) el Boletín N°7965-11 que permite la interrupción del embarazo ante el riesgo demostrado para la vida de la madre (2011); 5) el Boletín N°8862-11 que establece licitud de los procedimientos de interrupción del embarazo en casos determinados (2013); 6) el Boletín N°8925-11 para la interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas (2013); y 7) el Boletín N°9021-11 que modifica el Código Sanitario para autorizar el aborto en los casos que indica y el Código Penal para su despenalización en las mismas hipótesis.

¹⁶³ El Boletín N°7254-07 que establece el día de la adopción y del que está por nacer (presentado en 2010 y aprobado en 2013); y el Boletín N°8708-04 que autoriza a erigir dos monumentos a las víctimas de aborto (2012).

¹⁶⁴ “Vota 121” fomenta la participación y votación ciudadana transversal y pluralista. Esta iniciativa fue creada por ciudadanas/os independientes que invitan a la ciudadanía a ser el/la parlamentaria/o número 121, sometiendo a votación temas nacionales sobre los que no existen espacios de consulta.

¹⁶⁵ Esta consulta fue efectuada el 12 de septiembre del 2011 a través de la plataforma www.voto121.cl.

¹⁶⁶ A pesar de haber rastreado esta iniciativa, para conocer sus resultados, no fue posible acceder a nueva información. Los sitios web y redes sociales dispuestos para la campaña ya no se encuentran operativos y no fue posible contactar con quienes promovieron la acción.

Senado decide legislar en la materia. Esto ocurre a pesar de la oposición del gobierno de Piñera, quien planteó la posibilidad de vetar la ley si el Congreso la aprobaba. Así, en las sesiones del 3 y 4 de abril del 2012, se debaten tres proyectos de ley que buscan modificar el Código Sanitario y el Código Penal: 1) el Boletín N°6522-11, del 13 de mayo 2009, presentado por el Senador Camilo Escalona (PS); 2) el Boletín N°6591-11, del 3 de julio 2009, presentado por los Senadores Guido Girardi (PPD) y Carlos Ominami (PS); y 3) el Boletín N°7373-07, del 15 de diciembre 2010, presentado por las/os Senadoras/es Evelyn Matthei (UDI) y Fulvio Rossi (PS). No obstante, los tres proyectos fueron rechazados, al no alcanzarse la mayoría parlamentaria simple¹⁶⁷. Frente a esto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (2012), lamentó el fracaso de estas iniciativas e instó, nuevamente, en la revisión de la legislación vigente.

Como respuesta a esta negativa, el movimiento feminista ha continuado visibilizando el aborto no sólo como tema de género, sino también de clase social, evidenciando el doble estándar que ha primado en Chile. Entre las iniciativas al respecto se halla la campaña “Dona por un aborto ilegal”, de la Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS), que busca poner en discusión el aborto de manera directa y sin restricciones. La campaña pretende hacer frente a la inacción del Estado en la materia y a la decisión del Parlamento de bloquear la discusión.

En 2013, surge una nueva polémica, a partir del conocimiento público del caso de “Belén” (como fue conocido públicamente). Belén, una niña de 11 años, de Puerto Montt (una ciudad al sur de Chile), había quedado embarazada tras sufrir reiterados abusos sexuales por parte de la pareja de su madre, un hombre de 32 años. Frente a este caso, el Ministro de Salud, Jaime Mañalich y otros abanderados del Gobierno de Sebastián Piñera (RN), incluido el Presidente, declararon públicamente que el gobierno estaba en contra de cualquier tipo de interrupción del embarazo, por lo que no eran partidarios de su despenalización, incluso sostenían que la niña estaba preparada biológicamente para ser madre. Frente a esto, organizaciones en pro de la defensa de los derechos de las mujeres —entre ellas la Corporación Humanas— presentaron una solicitud de medidas cautelares, ante el secretario de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Emilio Álvarez-Icaza, a favor de la niña para que ésta no fuera obligada a llevar adelante su embarazo.

¹⁶⁷ Las tres mociones presentadas, como buscaban modificar el Código Sanitario y el Código Penal, requerían de mayoría parlamentaria simple (50% +1 de las/os parlamentarias/os asistentes a la sesión). No obstante, para despenalizar la interrupción del embarazo se requiere de una reforma constitucional, que necesita un quórum de dos tercios. Esto ocurre dado que la Constitución (1980) expresa la defensa de la vida del que está por nacer (Art. 19).

Por otro lado, un grupo de organizaciones feministas, de mujeres y de la disidencia sexual convocaron la manifestación “Yo aborto el 25 de julio” (2013), la primera que demanda un aborto libre, seguro y gratuito, a la cual adhirió una cantidad importante de personas¹⁶⁸. En 2014 y 2015 se vuelve a convocar la manifestación “Yo aborto el 25”, a las cuales asiste nuevamente un amplio contingente de personas. De esta manera, frente a la negativa del gobierno de Piñera y la escasa voluntad del Parlamento de legislar al respecto, el movimiento feminista se ve redinamizado. La demanda ya no se limita a restituir el aborto terapéutico, sino se exige la garantía de un aborto libre, seguro y gratuito.

Entre los escasos avances sobre la despenalización del aborto en este periodo, cabe destacar la iniciativa, desde MINSAL, respecto de la Norma General Técnica N°119, que brinda orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas (Resolución Exenta N°264, de 2011).

3.3.3.4 La educación en sexualidad: Los polémicos siete programas

Durante el primer año del gobierno de Piñera, cuando correspondía evaluar la labor desempeñada por la Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género, ésta es cerrada. La razón de su término no está del todo clara. Para algunas/os fue producto de la voluntad política del nuevo gobierno¹⁶⁹. Para otras/os fue parte de la polémica que envolvió a la Secretaría y su última Directora, lo que confluyó con una evaluación desarrollada durante ese año por la Dirección de Presupuestos (DIPRES), la cual no fue beneficiosa¹⁷⁰. La Secretaría deja de funcionar y las/os profesionales que trabajaban allí pasaron a formar parte de la Unidad de Transversalidad Educativa. Además, se desconoce el impacto del Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005), que debió ser evaluado en 2010¹⁷¹. No obstante, antes de cerrarse la Secretaría y antes de finalizar el primer gobierno de Bachelet, se destina una glosa del presupuesto 2010 al desarrollo de programas de educación sexual con la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (PASA), mediante el CPEIPE, que es el organismo que tiene MINEDUC para la capacitación docente. Por lo que, durante este año, PASA continúa implementándose¹⁷².

Durante el 2011, se generó un altercado mediático sobre la entrega de preservativos en establecimientos educacionales, medida que estaba contemplada en la Estrategia

¹⁶⁸ A pesar del contingente de personas presente y del hito que significaba este evento, los medios de comunicación restaron importancia al hecho y se enfocaron en difundir los desmanes que un grupo de personas realizó en la Catedral de Santiago.

¹⁶⁹ Entrevista a dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁷⁰ Entrevista a un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁷¹ Entrevistas a: dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁷² Entrevista a un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Nacional de Salud 2011-2020 del MINSAL y que tuvo como objetivo la reducción de embarazos adolescentes. Frente a esto, y sin la generación del reglamento que le compete a MINEDUC respecto de la Ley N°20.418, el entonces Ministro de Educación, Joaquín Lavín, y la Ministra de SERNAM, Carolina Schmidt, dan a conocer a la comunidad educativa siete programas de educación en sexualidad y afectividad que seguían la línea de la capacitación docente. Los programas fueron elegidos¹⁷³ por un consejo asesor compuesto por tres personas expertas: un psiquiatra infanto-juvenil, una doctora en psicología, un especialista en medicina familiar y el director del programa Iniciativa América del Hogar de Cristo y vicepresidente de la Fundación de la Pobreza. De este proceso no participó ningún profesional MINEDUC ni personas con experiencia en el ámbito de la educación, la sexualidad y/o el género¹⁷⁴.

Los programas seleccionados fueron elaborados e implementados por ONGs e instituciones académicas que ofertan distintos contenidos y metodologías de enseñanza. A esta propuesta podían adherirse los establecimientos educacionales que lo desearan, incluso aquellos más vulnerables, para los que se habilitó un fondo especial (de 300 millones de pesos chilenos, cerca de 386 mil euros). Para acceder a alguno de los siete programas, los establecimientos educacionales debían postular al que mejor se adaptara a su visión ético-valórica y realidad educativa¹⁷⁵. Entre los programas elegibles se encontraban: 1) “Adolescencia: tiempo de decisiones” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; 2) “TeenStar” de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile; 3) “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” de APROFA; 4) “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile; 5) “Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS) del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián; 6) “Aprendiendo a querer” de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Monseñor Ricardo Ezzati; y 7) “Curso de Educación Sexual Integral” Dr. Ricardo Capponi (CESI).

¹⁷³ Entre los criterios de selección se encontraban: 1) Discurso a favor de la postergación del inicio de la actividad sexual de los jóvenes hasta etapas de mayor madurez biopsicosocial; 2) Incorporación de los distintos actores de la Comunidad Educativa, especialmente padres y docentes; 3) Contenidos y metodologías pertinentes con el desarrollo evolutivo de niños, niñas y jóvenes; 4) Contenidos y metodología propuestos en un continuo desde los niveles de básica hasta enseñanza media; 5) Diversidad de enfoques en cuanto a la relación sexualidad, afectividad y control de la natalidad; 6) Visión antropológica clara; y 7) Capacidad de difusión y cobertura para implementarse a nivel nacional. “Ministros de Educación y Sernam lanzan programas de educación sexual y afectividad” (16 de marzo 2011), *Organización de Estados Iberoamericanos*. Recuperado en: http://www.oei.es/noticias/spip.php?article8504&debut_5ultimasOEI=60 (último acceso el 15 de diciembre 2015).

¹⁷⁴ Entrevistas a: dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); y un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁷⁵ Una vez hecha la postulación, una comisión integrada por expertos —del ámbito de la psicología, la medicina familiar, la salud pública, etc.— seleccionaron los establecimientos que finalmente implementarían los programas de educación sexual elegidos.

Esta iniciativa de capacitación docente es parte de la lógica que ha imperado en cómo el Estado ha abordado la educación sexual desde los 90. El Estado asume que no puede involucrarse en esta tarea y la delega a organizaciones académicas que funcionan como Asesoras Técnicas (ATEs). Esto, además, sigue lógicas de mercado, porque sólo pueden acceder a los planes aquellos establecimientos que puedan financiarlos, y aunque se pueda optar a subvención estatal, este ítem compite con otras prioridades de la escuela¹⁷⁶.

Si bien MINEDUC apeló a la elección de siete programas que representaran diferentes visiones ético-valóricas, esto redundó en un “falso pluralismo”, pues reproducía lógicas conservadoras bajo el velo de la libertad de enseñanza (Palma, Reyes y Moreno, 2013). Algunos programas, por ejemplo, trataban la homosexualidad como trastorno¹⁷⁷, lo que iba contra la Ley N°20.609 (2012), que establece medidas ante la discriminación arbitraria¹⁷⁸. Esta situación generó una amplia polémica. MOVILH en conjunto con la Coordinación Nacional de Estudiantes Secundarios (CONES), el Colegio de Psicólogos y Amnistía Internacional solicitaron a MINEDUC investigar y fiscalizar los Planes de Educación Sexual, para conocer si existen otros componentes homófobos y así eliminarlos. Como respuesta, el entonces Ministro de Educación, Harald Beyer, anunció que se enmendaría el error¹⁷⁹. Sin embargo, no se tomaron medidas concretas al respecto y estos programas no fueron evaluados. Es así como estas siete iniciativas no siguieron los lineamientos del Plan sobre Educación en Sexualidad y Afectividad (2005) que se planteaba desde una lógica de derechos humanos, una perspectiva de género y la no discriminación por orientación sexual.

Paralelamente, MINEDUC elaboró y distribuyó material de apoyo pedagógico, como una planilla sobre orientaciones básicas para elaborar un programa en educación sexual (2011), y folletos sobre la inclusión de una perspectiva de género en el ámbito (2012). No obstante, este trabajo no tuvo relación con los programas impulsados, el material no llegó

¹⁷⁶ Entrevistas a dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile).

¹⁷⁷ Yaikin, Boris (2012, 6 de junio). “Programas de educación sexual del MINEDUC incorporan plan que califica a la homosexualidad como ‘trastorno’”. *El Dínamo*. Recuperado de: <http://www.eldinamo.cl/2012/06/06/programas-de-educacion-sexual-del-mineduc-consideran-plan-que-califica-a-la-homosexualidad-como-trastorno/> (último acceso el 2 de enero 2016).

¹⁷⁸ Este proyecto (iniciativa del gobierno de Ricardo Lagos) ingresa al Parlamento el 2005 y es aprobada el 2012. La iniciativa fue bastante debatida y finalmente logra su aprobación dada la presión generada desde la sociedad civil, por un suceso particular generado en marzo del 2012. Este mes, un joven reconocido homosexual fue atacado brutalmente por un grupo de chicos, lo que produjo su agonía y finalmente su muerte. Este hecho fue crucial para la aprobación de esta Ley, pues a partir de éste la sociedad civil (principalmente el movimiento por la diversidad sexual) reclama al Estado acelerar el proceso.

¹⁷⁹ Schüller, Patricia (2012, 6 de junio). “Bayer pide corregir plan escolar que define homosexualidad como ‘trastorno’”, *La Nación*. Recuperado en: <http://www.lanacion.cl/beyer-pide-corregir-plan-escolar-que-define-homosexualidad-como-trastorno/noticias/2012-06-06/132412.html> (último acceso el 20 de diciembre 2015).

a todos los establecimientos, la cantidad distribuida fue baja y los establecimientos no necesariamente debían incorporar los contenidos en sus prácticas pedagógicas¹⁸⁰.

3.3.4 El segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014-2015)

Cuando Michelle Bachelet asume un segundo mandato, el movimiento feminista y el debate sobre los DDSSRR ya han tomado nuevos bríos, por lo que el tema es ineludible. Además, a fines de su primer periodo presidencial, dadas las presiones desde los movimientos sociales, se había mostrado interés por ahondar en la garantía de los DDSSRR y abordar el debate sobre el aborto terapéutico. Entre las promesas de campaña se propone promover políticas que refuercen la autonomía de las mujeres, lo que incluye una Ley de DDSSRR; una educación sexual laica y humanista en los establecimientos educativos; acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos, incluida la AE; y la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de la vida de la madre, violación o inviabilidad del feto¹⁸¹.

En este periodo, los principales actores a favor de introducir reformas en los ámbitos estudiados fueron las organizaciones de mujeres y feministas –quienes continúan trabajando por avanzar en materia de DDSSRR y demandan un aborto seguro y gratuito—, y actores gubernamentales (MINSAL, MINEDUC, SERNAM y parlamentarias/os de la *Nueva Mayoría*¹⁸²). Los actores que se opusieron a avanzar en la garantía de DDSSRR siguieron siendo aquellos asociados a la Iglesia Católica (como la Pontificia Universidad Católica de Chile) y partidos políticos conservadores (Renovación Nacional y Unión Demócrata Independiente). Quienes se oponen a las iniciativas impulsadas por el gobierno de Michelle Bachelet. A continuación se presentan las propuestas de este gobierno sobre salud sexual y reproductiva, desarrolladas en los dos primeros años de mandato (2014 y 2015), y cómo ha devenido el debate sobre el aborto y la educación sexual hasta finales del año 2015.

3.3.4.1 El énfasis en la salud sexual y reproductiva

El segundo gobierno de Michelle Bachelet es el primero en plantear la salud sexual y reproductiva como prioridad. Durante el 2014, se crea el Área del buen vivir de la sexualidad y la reproducción en SERNAM. Ésta –según comenta su encargada¹⁸³— es

¹⁸⁰ Entrevista a dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁸¹ *Programa de Gobierno 2014-2018*. Recuperado en: <http://www.gob.cl/programa-de-gobierno/> (último acceso el 20 de diciembre 2015).

¹⁸² La *Nueva Mayoría* es una coalición política compuesta por: el Partido Demócrata Cristiano (DC), el Partido por la Democracia (PPD), el Partido Radical Social Demócrata (PRSD), el Partido Socialista (PS), el Partido Comunista (PC), el Movimiento Amplio Social (MAS) e independientes de centroizquierda.

¹⁸³ Entrevista realizada el 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

una reformulación del área creada durante el gobierno de Piñera “Mujer y Maternidad”, con el propósito de modificar las lógicas de promoción de la maternidad instaladas por el gobierno anterior. Al amparo de esta reformulación, la propuesta de Bachelet es impulsar tres grandes iniciativas: 1) un proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales; 2) la puesta en marcha de un Programa sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, dependiente de la nueva Área del Buen Vivir de la Sexualidad de SERNAM; y 3) un proyecto de ley sobre DDSSRR. De las tres propuestas, a diciembre 2015, la única que queda por concretar es la tercera.

En enero del 2015, por iniciativa presidencial ingresa al Parlamento el proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: salud de la madre, inviabilidad del feto y violación. Asimismo, este año comienza a implementarse el programa el “Buen vivir de la sexualidad y la reproducción”, dirigido a adolescentes de ambos sexos y mujeres de diversos grupos etarios (entre 19 y 49 años y de más de 50 años), con el fin de promover los DDSSRR. Este programa trabaja a través de orientaciones personalizadas, talleres de educación y talleres de promoción de los DDSSRR, y se proyecta que su cobertura vaya en paulatino aumento¹⁸⁴. La única iniciativa que no ha visto la luz es la presentación de un proyecto de ley sobre DDSSRR. Este proceso se plantea como más complejo que los anteriores, ya que la intención es que éste surja del diálogo entre diversos actores de la sociedad civil (mujeres, hombres, diversidades sexuales, entre otros), y hasta el momento no se ha conformado ningún proceso participativo para abordar estas materias¹⁸⁵.

Con estas tres acciones, se busca cumplir con la Ley N°20.418 y reformular el tradicional Programa de Salud de la Mujer. El propósito es abordar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos, una perspectiva de género y una lógica de ciclo vital, que promueva la autonomía y agencia de las personas en diversas etapas de su vida. El énfasis no está sólo en las mujeres, la intención es incluir a nuevos usuarios (hombres, diversidad sexual, adultos mayores, etc.), quienes sean integrados como sujetos activos¹⁸⁶. Con esta apuesta, la importancia de los DDSSRR toma protagonismo desde MINSAL y SERNAM¹⁸⁷.

¹⁸⁴ Este aumento en la cobertura no sólo contempla la incorporación de nuevas comunas del país, sino también tentativamente la inclusión de hombres. Entrevista a una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁸⁵ Entrevista a tres profesionales de SERNAM, 2 y 9 de julio, y 22 de septiembre 2014, respectivamente (Santiago de Chile) (Anexo N°6).

¹⁸⁶ Entrevistas a: dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago de Chile); y una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁸⁷ En este periodo se ha buscado fortalecer a ambas instituciones para el desarrollo de estas iniciativas. Por un lado, llegan a SERNAM profesionales de la salud con experiencia en la inclusión de un enfoque de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por otro, MINSAL integra a Teresa Valdés como encargada de la

3.3.4.2 Otras medidas relacionadas

En este periodo continúa funcionando el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres, donde, por ejemplo, en 2014, se discutió el proceso de actualización de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007), que incorpora la entrega de la AE a mujeres menores de 14 años en los servicios de salud pública. En 2014, también se implementa la medida de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) que ha sido incorporada gratuitamente al Plan Nacional de Inmunizaciones. Esta vacuna es administrada a niñas entre 9 y 10 años que cursen 4° año de la educación primaria en establecimientos públicos y privados.

3.3.4.3 El debate sobre el aborto

Durante el periodo 2014-2015, el aborto continúa siendo uno de los temas más polémicos respecto al ámbito de la salud sexual y reproductiva. En estos dos años se presentaron tres proyectos que intentan despenalizar el aborto por razones terapéuticas¹⁸⁸, entre las que destacan dos iniciativas. La primera, presentada por MILES-Chile¹⁸⁹ y apoyada por diputadas/os de la *Nueva Mayoría*, promueve el aborto en tres causales: patologías relevantes de la mujer que hagan peligrar su vida, malformaciones fetales congénitas incompatibles con la vida extrauterina y por agresión sexual (2014). La segunda es una iniciativa presidencial (2015) que busca regular la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales: salud de la madre, viabilidad del feto y en caso de violación. Esta última es la primera acción concreta de un gobierno frente al tema del aborto. Además, en 2014, el Estado de Chile aceptó las recomendaciones que se le hicieron en el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre aborto terapéutico.

Frente a esta tentativa del gobierno, la bancada conservadora se mostró abiertamente en contra. Entre las declaraciones más polémicas se encuentran las emitidas por el Rector de la Pontificia Universidad de Chile (PUC), Ignacio Sánchez, quien afirmó que si llegase a aprobarse el proyecto de ley sobre interrupción del embarazo en tres causales, este procedimiento no se realizará en los centros de salud afiliados a la Universidad. Para ello

Unidad de Género del ministerio, una destacada académica e investigadora que ha trabajado activamente por los DDSSRR en Chile.

¹⁸⁸ Los proyectos de ley son los siguientes: 1) el Boletín N°9418-11 que modifica el Código Sanitario en materia de aborto por indicaciones terapéuticas, eugenésicas o de índole ética social (2014), presentado por parlamentarias/os de la *Nueva Mayoría*; 2) el Boletín N°9480-11 que modifica la tipificación de figuras delictivas del aborto y su penalidad (2014), promovida por MILES-Chile; y 3) el Boletín N°9895-11, iniciativa presidencial que busca regular la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: salud de la madre, inviabilidad del feto y en caso de violación (2015).

¹⁸⁹ Miles-Chile ha tenido una activa participación en las discusiones parlamentarias, en la Comisión de Salud del Senado, en redes sociales, en los medios de comunicación y en espacios académicos. Su intención es establecer un debate político democrático sobre una ley de interrupción del embarazo en tres causales.

apeló al derecho de objeción de conciencia. Asimismo, declaró que en la red médica PUC no se contrata personal médico para esos fines, pues son contrarios a los valores de la institución. De requerir alguna paciente la interrupción de su embarazo, ésta sería derivada a otro centro médico¹⁹⁰. Diversos representantes de partidos políticos de la *Nueva Mayoría* y representantes de gobierno expresaron el desacuerdo con estas declaraciones. En la actualidad la Comisión de Salud del Senado trabaja para que, de aprobarse la iniciativa, este derecho sea garantizado en todos los servicios de salud.

Por otro lado, el movimiento feminista ha intentado generar presión para apresurar la discusión en el Parlamento. Aunque la demanda ahora no se limita al aborto terapéutico, sino al aborto en toda circunstancia. Entre las acciones desarrolladas se encuentran: la realización de un seminario sobre aborto —organizado por el Observatorio de Equidad de Género en Salud—, del cual derivó la publicación del libro *Voces sobre el aborto* (2014)¹⁹¹; y la campaña “Derecho a Decidir=Personas Libres”¹⁹²(2015), que congrega a diversas feministas, organizadas y no organizadas, del país. Esta campaña es una estrategia de difusión e incidencia en el debate en torno al aborto en Chile, que cuestione permanentemente el poder de las instituciones estatales y religiosas que se arrojan la tutela sobre el cuerpo y la vida de las mujeres.

El 4 de agosto del 2015, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados aprueba la idea de legislar sobre el aborto en tres causales¹⁹³. El 1 de marzo del 2016, la Comisión Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de la Cámara Baja ratifica la iniciativa presidencial al respecto y el 17 de marzo fue votada favorablemente en la Cámara de Diputados. Así, con fecha 22 de marzo, el proyecto de ley sobre interrupción voluntaria

¹⁹⁰ ADN Noticias (2015, 2 de febrero) “Rector UC: La objeción de conciencia es personal así que el diputado Andrade puede estar tranquilo”. Recuperado en: <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/rector-uc-la-objecion-de-conciencia-es-personal-asi-que-el-diputado-andrade-puede-estar-tranquilo/20150202/nota/2614192.aspx> (último acceso el 20 de diciembre 2015).

¹⁹¹ Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (2014). *Voces sobre el aborto: ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

¹⁹² Las organizaciones que impulsaron esta campaña son: Asuntos Mujeriles; A quemar el closet; Brigay, Brigada por la Diversidad Sexual (Arica); Centro de Estudios de la Mujer (CEM); Círculo de Mujeres Las Morganas; Colectivo de Mujeres El Estropajo; Consejo Autónomo Aymara; Coordinadora 8 de Marzo; Coordinadora Feminista en Lucha; Coordinadora Feminista (Valdivia); Corporación Humanas; CUDS; Enlace Chile de la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora; Fondo Alquimia; Histeria Colectiva; Izquierda Libertaria (Valdivia); La Alzada; La Ciudad de las Diosas; La Violeta Rebelde; Línea Aborto Libre, Colectivo de Lesbianas Feministas; Marcha Mundial de las Mujeres-Chile; Observatorio de Género y Equidad; ONG Liberación (Puerto Montt); Organización de Mujeres Afrodescendiente Luanda (Arica); Pan y Rosas – Teresa Flores; Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual (Región de Arica y Parinacota); Segundo Patio Agrupación Política Disidente; SESEGEN; Vicepresidenta de la Mujer, Partido Socialista Región de Arica y Parinacota; Yeguas Locas. Para mayor información ver: <http://decidoysoylibre.cl/> (último acceso el 4 de febrero 2016).

¹⁹³ Álvarez, Rosario (2015, 4 de agosto). “Comisión de Salud aprueba idea de legislar proyecto que despenaliza el aborto en tres causales”, *La Tercera*. Recuperado en: <http://www.latercera.com/noticia/politica/2015/08/674-641592-9-comision-de-salud-aprueba-idea-de-legislar-proyecto-que-despenaliza-el-aborto-en.shtml> (último acceso el 4 de febrero 2016).

del embarazo en tres causales pasa a segundo trámite constitucional, esperando a ser discutido en el Senado¹⁹⁴.

3.3.4.4 La educación en sexualidad: aún un asunto pendiente

Actualmente la política de educación sexual está suspendida. Es escasa la información que se tiene sobre la implementación de los siete programas propuestos por el gobierno de Piñera, y dada la polémica que generaron, hoy MINEDUC no recomienda esta oferta programática¹⁹⁵. Los establecimientos que están desarrollando programas en el ámbito, lo hacen de manera autónoma, por demanda espontánea a Asesoras Técnicas, y sólo si tienen la voluntad y recursos para hacerlo. Asimismo, no se ha aprobado el reglamento que compete a MINEDUC sobre la Ley N°20.418, por lo tanto, no existe la normativa legal que otorgue atribuciones al Ministerio para asegurar que los establecimientos educativos implementen este tipo de educación. No obstante, en 2014, se conformó una Mesa Intersectorial sobre Derechos Sexuales y Reproductivos que se ha planteado esa tarea. En ésta participan MINSAL con el Programa de Salud de la Mujer y el Programa de Salud Adolescente, SERNAM y profesionales de la Unidad de Género y de Transversalidad Educativa de MINEDUC¹⁹⁶.

3.4 Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo, es posible reconocer a los principales actores que han sido parte del debate en torno la salud sexual y reproductiva en Chile –en los últimos 15 años— y sus diferentes perspectivas. Entre los actores más importantes se encuentran organismos internacionales (Naciones Unidas, OMS, OPS, UNFPA), organismos gubernamentales (MINSAL, MINEDUC, SERNAM e INJUV) y organizaciones de la sociedad civil (como organismos académicos, ONGs y organizaciones feministas, de la diversidad sexual, de la salud, la educación, vinculadas a las iglesias, entre otras). Este repaso ha intentado dar luces sobre el carácter dialéctico y conflictivo del debate, producto de las acciones y discursos de aquellos actores políticos que han estado a favor de introducir reformar para garantizar los DDSSRR (movimiento feminista, organismos académicos del ámbito de la salud y algunos organismos gubernamentales, que han contado con el apoyo de organismos internacionales); y quienes han intentado impedir las modificaciones a la legislación instalada por la dictadura militar, generando resistencia

¹⁹⁴ De acuerdo a lo manifestado por la Ministra de Salud, Carmen Castillo, el gobierno no pondrá urgencia a la tramitación del proyecto de ley en el Senado. Para mayor información ver: Cooperativa (2016, 20 de marzo). “Gobierno no pondrá urgencia a despenalización del aborto en el Senado”, *Cooperativa*. Recuperado en: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/aborto/gobierno-no-pondra-urgencia-a-despenalizacion-del-aborto-en-el-senado/2016-03-20/102540.html> (último acceso el 29 de marzo 2016).

¹⁹⁵ Entrevistas a: dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile); y un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

¹⁹⁶ Entrevista a una profesional de SERNAM, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

importante para la garantía de estos derechos (organizaciones y partidos políticos conservadores y/o ligados a la ideología de las iglesias católicas). Las tensiones han generado que paulatinamente los diversos actores políticos modifiquen e/o intensifiquen sus estrategias y discursos para influir en el debate público y convencer a la opinión pública.

A partir de los discursos y las acciones de los diferentes actores se ha modulado el proceso de la política estudiada, donde ha sido posible identificar diferentes hitos en el marco de los cuatro mandatos presidenciales identificados entre los años 2000 y 2015: Ricardo Lagos (2000-2006); Michelle Bachelet (2006-2010); Sebastián Piñera (2010-2014) y Michelle Bachelet (2014-2015). Estos hitos aluden a algunas de las iniciativas, en el ámbito de la educación sexual y la regulación de la fertilidad, desarrolladas en cada gobierno, donde destacan: el Proyecto de Ley sobre DDSSRR (2000/2008) presentado por organizaciones de la sociedad civil; el Plan de Educación de Sexualidad y Afectividad (2005); las medidas en prevención del embarazo adolescente; la conformación del Consejo Consultivo de Género (2007) y el Consejo Consultivo de Jóvenes y Adolescentes (2010) en MINSAL; las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007/2014); la Ley N°20.418 que Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad (2010), y el reglamento de MINSAL asociado a ésta (2013); el Programa de DDSSRR de SERNAM (2014); y el ingreso al Parlamento del Proyecto de Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales (2015). Se han destacado, además, las polémicas aún no resueltas sobre la AE, la despenalización del aborto, la inclusión de programas de educación sexual en establecimientos de educación formal y la generación de un marco legislativo sobre DDSSRR, los que aún son tareas pendientes.

A partir de este trazado del proceso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, se han seleccionado 40 textos (Anexo N°4) —a los cuales se aplicó un *análisis crítico de marcos interpretativos* (Sección 1.5.2) —, que han intentado captar los hitos más importantes de la política, los cambios más relevantes del proceso y las diferentes perspectivas propuestas por los distintos actores (Sección 1.5.1). A partir de este ejercicio, ha sido posible identificar a los actores que han incidido y/o se han interesado en este debate, desde donde se define la muestra intencional para la realización de *entrevistas abiertas semi-dirigidas* (Sección 1.5.3).

En los siguientes tres capítulos se exponen los resultados del análisis empírico sobre la política estudiada —en los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad—, que busca dilucidar cuál es la propuesta de inclusión social que ésta exhibe. Para ello, se rastrean los marcos interpretativos presentes en el discurso de algunos de los actores

que han hecho parte del debate (Capítulo IV); y se indaga en los tres elementos que componen el modelo de análisis que plantea esta tesis: el referente normativo; la visión de sociedad y la concepción de sujeto (Capítulo V). Finalmente, el capítulo VI complementa este capítulo, para describir las principales diferencias y similitudes, sobre la propuesta de inclusión social, que exponen los cuatro gobiernos presentes entre los años 2000 y 2015 en estos ámbitos de política abordados.

CAPÍTULO IV:

LOS MARCOS INTERPRETATIVOS DETECTADOS EN LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE (2000-2015)

4.1 Introducción

Es posible identificar diferentes discursos en el debate político sobre la salud sexual y reproductiva en Chile. Éstos muchas veces entran en conflicto y, al existir relaciones de poder entre los actores que los sustentan, algunos emergen como dominantes y otros son marginados del proceso de formulación de las políticas públicas. Con el propósito de reconstruir esta discusión y conocer los diversos modos de representar la sexualidad y la inclusión social en este contexto, este capítulo –junto a los dos que lo secundan (Capítulos V y VI)– expone parte del análisis empírico de esta tesis. Este primer momento es el resultado del *análisis crítico de marcos interpretativos* a 40 textos (Anexo N°4) seleccionados a partir de la reconstrucción del proceso de la política estudiada (Capítulo III).

La información presentada en el capítulo, además, contempla parte del análisis a las 33 entrevistas realizadas (Anexo N°6), en tanto se han hallado algunas analogías entre los marcos detectados y el discurso de algunas/os entrevistadas/os¹⁹⁷. Se tomó esta decisión con la intención de dar mayor sustento a los componentes de cada marco interpretativo, sobre todo al quinto (*Autonomía, sexualidad y placer*), ya que los textos examinados no siempre brindaron la información suficiente para su descripción¹⁹⁸. Con este análisis, se buscó responder, principalmente, a dos de las preguntas específicas de investigación: i) ¿Cuál/es es/son el/los *referente/s normativo/s* que orienta/n la formulación de la política estudiada?; y ii) ¿En qué medida el/los *referente/s normativo/s* hallado/s apunta/n a la inclusión de sujetos y normatividades diversas? (Sección 1.3).

¹⁹⁷ Cabe recordar que los textos y las entrevistas han sido analizados con diferentes métodos. A los documentos (40) se les aplicó un *análisis crítico de marcos interpretativos* y a las entrevistas (33) un *análisis temático* (análisis de contenido). El *análisis de marcos* permitió indagar en los discursos y las normatividades presentes en la política estudiada y el *análisis de contenido* a las entrevistas facilitó explorar el posicionamiento de actores políticos y sus dinámicas de interacción. Se opta por presentar esta información de manera conjunta, para robustecer la descripción de cada marco interpretativo y evitar reiteraciones en la presentación del análisis empírico.

¹⁹⁸ Los textos provenientes de actores de los movimientos sociales (como el movimiento feminista, de mujeres indígenas y/o mujeres en situación de discapacidad) han sido difícil de pesquisar. No necesariamente por su escasez, sino por su extensión (en general, no exceden un folio), nivel de difusión (no siempre trascienden sus círculos locales o temáticos) y características (no siempre definen problemas y soluciones a abordar).

Para su presentación, el capítulo se ha dividido en cinco apartados, uno para cada marco interpretativo detectado, a saber: i) *Asunto de salud pública*; ii) *Formación en valores tradicionales*; iii) *Enfoque pedagógico*; iv) *Derechos sexuales y reproductivos*; y v) *Autonomía, sexualidad y placer*. Para cada uno de los marcos se detallan los siguientes elementos: qué es construido como problema, cuáles son las soluciones propuestas, qué actores los sustentan y cuál sería la propuesta de inclusión social de cada uno. Para dilucidar la noción de inclusión social de cada marco, se discute sobre qué moralidades orientan cada marco interpretativo (*referente normativo*), qué actores son asumidos como relevantes y cuál es la dinámica de interacción planteada entre ellos (*visión de sociedad*), y cómo es representado el sujeto en términos de agencia e interseccionalidad (*concepción de sujeto*).

4.2 Marco interpretativo N°1: Asunto de salud pública

El primer marco interpretativo hallado, en el contexto de la política, responde a un enfoque que integra aspectos biomédicos y de control de poblaciones, y vincula la sexualidad casi exclusivamente con la reproducción y los riesgos asociados a ésta. Este marco ha sido observado principalmente en texto producidos por i) *actores gubernamentales*, como el Ministerio de Salud (MINSAL)¹⁹⁹, algunas autoridades de gobierno²⁰⁰ y partidos políticos de “centro-izquierda” (Partido por la Democracia – PPD, Partido Socialista – PS y el Movimiento Amplio Social – MAS)²⁰¹; y ii) *organizaciones de la sociedad civil* que abordan el ámbito de la salud, desde un enfoque de derecho e igualdad de género (como el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva – ICMER²⁰² y MILES-Chile), y algunas organizaciones feministas y de mujeres²⁰³. A continuación se profundiza en las principales características de este marco, que aluden a atender problemas asociados a la salud reproductiva; focalizar su acción en mujeres, en edad fértil y de escasos recursos; y llamar a la acción especialmente al Estado y la comunidad médica. Se destaca, además, que este marco presenta un sub-marco, que apunta a la atención de otros sujetos representados como vulnerables en términos sanitarios, por ejemplo, personas homosexuales, niñas/os y adultas mayores (Cuadro 2).

¹⁹⁹ Textos: “Programa de Salud de la Mujer” (1997); “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014); y “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013) (Anexo N°4).

²⁰⁰ Textos: Proyecto de Ley “Sobre interrupción del embarazo en tres causales” (2015), impulsado por el segundo gobierno de Michelle Bachelet (Anexo N°4).

²⁰¹ Textos sobre el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012) (Anexo N°4).

²⁰² Textos: “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva”, del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER, 2010); “Adolescencia: tiempo de decisiones”, de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, (2011); “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, de la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA, 2011); y Proyecto de ley “Sobre interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas (MILES-Chile, 2013) (Anexo N°4).

²⁰³ Texto “Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2000/2008) (Anexo N°4).

Cuadro 2: Síntesis marco interpretativo N°1: Asunto de salud pública

Síntesis Marco Interpretativo N°1: Asunto de Salud Pública	
DIAGNÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué se representa como problema?	Problemas de salud ligados a la reproducción (p. ej. mortalidad materna e infantil); Sub-marco: problemas de salud sexual de grupos vulnerables (p. ej. abuso infantil, VIH/Sida).
¿El género es parte de ello?	El género no es asumido como parte del problema.
Dimensiones de género	Se alude al sexo como variable relevante.
Interseccionalidad	Variables relevantes: sexo, nivel socioeconómico y edad.
Responsabilidad	No observado.
Quiénes tienen el problema	Mujeres, heterosexuales, en edad fértil y de escasos recursos; Sub-marco: poblaciones vulnerables (p. ej. jóvenes, niñas/os).
Roles activos o pasivos	No observado.
Legitimación de la no existencia de un problema	Problemas asociados a la medicina occidental (p. ej. desigualdad de género; imposición cultural de conocimientos).
PRONÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué acciones son necesarias?	Bienes y servicios médicos acordes a evidencia científica (p. ej. acceso a métodos anticonceptivos, aborto terapéutico, etc.).
Objetivos o prioridades	Proveer/garantizar la salud de la población; Reducción de índice de salud (p. ej. mortalidad materna; embarazo adolescente, de ETS y VIH/Sida).
Dimensiones de género	Se alude al sexo como variable relevante.
Interseccionalidad	Variables mencionadas: el sexo, el nivel socioeconómico y la edad.
Llamada a la acción y la inacción	Acción: Estado y expertos en salud; Inacción: usuarios, otros actores.
¿Sobre quién se actúa?	Sobre mujeres, en edad fértil, de escasos recursos. Sub-marco: sobre poblaciones vulnerables (p. ej. jóvenes, niñas/os, hombres que mantienen relaciones con hombres).
Legitimación de la (in)acción	Primar lógicas jerárquicas “médico-paciente. Acción de expertos y Estado; e inacción de beneficiarias/os del sistema de salud y otros actores.

4.2.1 El problema: la salud reproductiva

Este marco está en los orígenes de la política en Chile, pues las primeras iniciativas de Estado surgen bajo lógicas sanitarias, centradas en la planificación familiar²⁰⁴. Al ampararse en lógicas biologicistas y poblacionales –desde un enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina occidental²⁰⁵–, este marco reduce la sexualidad casi exclusivamente al hecho reproductivo, en tanto éste tiene importantes repercusiones en la

²⁰⁴ Texto “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014).

²⁰⁵ Ésta es una crítica al modo de abordar el tema de la salud sexual y reproductiva en Chile presente en el texto “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010).

salud de las mujeres y sus hijas/os. Entre los principales problemas representados se encuentran: la mortalidad materna, la mortalidad infantil y el embarazo adolescente. Con la identificación de estos problemas, suelen naturalizarse los roles de género que adjudican la responsabilidad de la reproducción a las mujeres. Las principales afectadas serían mujeres adultas, heterosexuales y en edad fértil (sujeto estandarizado).

Por otro lado, al considerar este marco perfiles poblacionales, éste se centra en mujeres de escasos recursos y/o de bajo nivel de instrucción (clase social) con más de un/a hija/o, por ser consideradas poblaciones con menos oportunidades de recurrir a métodos anticonceptivos a través del Mercado (servicios de salud privado y/o empresa farmacéutica)²⁰⁶. De modo que las variables relevantes para definir a los sujetos que presentan el problema remiten principalmente al sexo (mujer), la edad (periodo fértil) y el nivel socioeconómico (bajo nivel de ingresos o de instrucción), sin contemplar otras variables de exclusión (como la etnicidad o la discapacidad).

4.2.2 La solución: garantizar la salud reproductiva

La solución propuesta al problema detectado es atender a las necesidades de salud reproductiva de la población, brindando un servicio sanitario acorde a la evidencia científica (por ejemplo, la provisión de métodos anticonceptivos y los servicios de pre-parto, parto y post-parto)²⁰⁷. El propósito es reducir determinados índices de salud (la tasa de embarazo adolescente, el índice de mortalidad materna, entre otros). Una evidencia de la presencia de este marco, en la política estudiada, es que las iniciativas de Estado sobre salud sexual y reproductiva se han remitido principalmente al Programa de Salud de la Mujer del MINSAL (2007), bajo un enfoque materno-infantil²⁰⁸. El énfasis en la salud materno-infantil ha permitido que Chile presente actualmente indicadores favorables en términos de salud reproductiva²⁰⁹.

Uno de los principales propósitos, al amparo de este marco, es llegar a la mayor cantidad de población posible, a fin de reducir los problemas de salud pública. Se trabaja para diversificar y aumentar la cobertura sanitaria, medida en términos estadísticos y/o en metas poblacionales, programáticas o políticas determinadas²¹⁰. Así, “el caso” (la

²⁰⁶ Entrevista a tres profesionales del Instituto de la Juventud (INJUV), 26 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁰⁷ Textos: “Programa de Salud de la Mujer” (1997) y “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014).

²⁰⁸ Entrevistadas a una profesional del MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional del Observatorio de Salud y Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

²⁰⁹ Como lo indica el Proyecto de ley “Sobre interrupción del embarazo en tres causales” (2015), propuesto por el gobierno de Michelle Bachelet.

²¹⁰ Ésta es una crítica al modo de abordar el tema de la salud sexual y reproductiva en Chile presente en el texto “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010).

particularidad) pierde importancia. El sujeto responde a perfiles epidemiológicos que van moldeando estereotipos de intervención, que muchas veces naturalizan los roles de género (como la idea de “mujer-madre”), y en base a éstos se opera con parámetros universales y universalizables; es decir, cada persona o grupo que responda a similares características epidemiológicas será atendida de igual manera. Esto invisibiliza las necesidades, demandas, estilos de vida, creencias y preferencias particulares de las personas, u otros saberes que escapen al espectro biosanitario (como la medicina alternativa, el conocimiento indígena y los saberes locales)²¹¹.

Asimismo, al centrarse en la carencia de salud, este marco opera sobre la representación de un sujeto pasivo que requiere asistencia. Un sujeto que tiene un problema sanitario y que no necesariamente forma parte de la solución de éste, lo que sustenta una relación jerárquica (“experto-paciente”)²¹². La finalidad, entonces, se centra más en controlar el cuerpo de las personas (especialmente de mujeres en edad fértil), su salud y su capacidad reproductiva, en base a estándares definidos por la medicina occidental. El rol de quien es atendido se remite a seguir instrucciones. Ejemplo de esto, sería la provisión de métodos anticonceptivos hormonales e intrauterinos, sin brindar información sobre los posibles efectos secundarios, o sin ofrecer alternativas fuera de las provistas por la medicina occidental²¹³. Otro ejemplo es la vacunación contra el virus del papiloma humano (2014), que se administra a niñas de escasos recursos, sin informar previamente sobre los posibles efectos secundarios, ni consultar respecto del interés de vacunarse²¹⁴.

Entre las soluciones planteadas por este marco se encuentran: la provisión de anticonceptivos para disminuir las tasas de embarazo adolescente; atención sanitaria para la prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/Sida y/o que afecten al aparato reproductivo (cáncer cérvico uterino, de mamas, etc.); y la despenalización del aborto en tres causales²¹⁵. Estas medidas contribuirían a

²¹¹ Entrevistas a representantes de organizaciones de mujeres indígena: una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una integrante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014, (Santiago, Chile); y una profesional de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

²¹² Dos profesionales del MINSAL reconocen que esta relación jerárquica “médico-paciente” prima en la atención sanitaria en Chile y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Entrevistas del 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²¹³ Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²¹⁴ Entrevista a una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²¹⁵ Textos: Proyecto de Ley Marcos sobre DDSSRR (2000/2008); la Ley N°20.418; los Programas de educación sexual “Adolescencia: tiempo de decisiones” (U. de Chile, 2011) y “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” (APROFA, 2011); el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012); y el Proyecto de Ley “Sobre la Interrupción del Embarazo en tres causales” (2015).

reducir los índices de salud reconocidos como relevantes, por ejemplo, los índices de mortalidad materna e infantil.

4.2.3 Actores llamados a la acción: el Estado y la comunidad médica

En este contexto, el Estado es representado como el principal garante de la salud pública —especialmente de aquellos sectores de escasos recursos—, por lo que es el responsable de detectar los problemas asociados y brindar las soluciones pertinentes, en base a un conocimiento experto (médico). Esta lógica relega a los sujetos atendidos a un rol pasivo (población objetivo), lo que fomenta la jerarquía “médico-paciente”. Además, la necesaria intervención desde un saber especializado permite la supremacía de actores ligados a la academia, el campo de la ciencia y la institucionalidad sanitaria (nacional e internacional), quienes tendrían la capacidad de definir, junto al Estado, los problemas y las soluciones atendidas por la política. Como comenta una de las profesionales del MINSAL²¹⁶, los editores y autores de las principales iniciativas en materia de salud sexual y reproductiva en Chile son, principalmente, grupos de expertos —profesionales connotados en el ámbito de la salud—, por ejemplo, la Sociedad Chilena de Pediatría, la Sociedad Ginecológica Infanto-Juvenil, el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), el Colegio Médico, Universidades y otros organismos académicos²¹⁷.

4.2.4 Sub-marco: Salud sexual y reproductiva en poblaciones vulnerables

Una variable de este marco focaliza su atención en la salud sexual y reproductiva de algunas poblaciones definidas como vulnerables. Como el énfasis de este marco está en la enfermedad, se trabaja sobre la identificación de grupos propensos a determinados riesgos sanitarios, por ello, priman lógicas de reparo, por sobre las de prevención y promoción. Por ejemplo, las intervenciones con adolescentes han operado bajo esta lógica. El foco principal de los programas de educación sexual —desde MINEDUC— y las consejerías en sexualidad —en los servicios de salud pública— han estado centrados en la prevención del embarazo y de ETS, y en la entrega de anticonceptivos más que en la sexualidad en sí misma.

En el origen del marco, la sexualidad y la capacidad reproductiva de las/os adolescentes estaría invisibilizada, y su integración paulatina respondería a la emergencia de un fenómeno que ha ido en aumento, por lo que las/os adolescentes se transforman en población prioritaria al presentar elevadas tasas de embarazo²¹⁸. Una evidencia de esto,

²¹⁶ Entrevista del 9 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²¹⁷ Ejemplo de esto, son los textos: “Programa de Salud de la Mujer” (MINSAL, 1997); las “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (MINSAL, 2007/2014); y el “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013).

²¹⁸ Información respaldada por una profesional del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), quien afirma que, en los años 80, fue difícil convencer a las autoridades sanitarias de

es que la prevención del segundo embarazo adolescente se posiciona como problema emergente y el foco principal continúa estando en las mujeres. Otros ejemplos serían las iniciativas hacia: la población no-heterosexual, enfocadas a la prevención y el tratamiento del VIH/Sida y las ETS; la población infantil ligadas a la prevención y tratamiento del abuso sexual; el control de la fertilidad y/o del ciclo menstrual en mujeres con discapacidad, entre otros²¹⁹. En estos casos, el propósito continúa siendo revertir el problema detectado en base a los presupuestos de la medicina occidental (por ejemplo, la evidencia científica, la reducción de indicadores sanitarios y la disociación y medicalización del cuerpo).

4.2.5 La propuesta de inclusión social del primer marco interpretativo

En base a lo descrito, se evidencia que el marco interpretativo de *Salud pública* responde a un referente normativo *particularista*, basada en las concepciones de la medicina occidental, donde las nociones de “lo correcto” (o preferible) están dados por estándares de salud definidos por la comunidad médica a nivel nacional e internacional (por ejemplo, el acceso y la distribución de métodos anticonceptivos validados). Es la medicina occidental la que define el “deber ser” que orienta la representación de problemas y soluciones en el contexto de la política pública, lo que invisibiliza otros modos de entender y atender la salud (como la medicina alternativa, medicina natural, etc.) y la sexualidad (en personas con discapacidad, en adultas/os mayores, etc.).

La visión de sociedad sería *jerárquica*, ya que se reconoce al Estado como el principal actor político capaz de definir las problemáticas sanitarias y como el encargado de resolverlas. Para ello, el Estado debe trabajar con la comunidad de expertos (profesionales, investigadores y académicos del ámbito de la salud) para delimitar las problemáticas a intervenir, cómo hacerlo, con qué recursos y en base a qué criterios. Otros actores políticos como las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a otros ámbitos (interculturalidad, género o diversidad funcional) no tendrían mayor injerencia en cómo de delinean los problemas y las soluciones en el proceso de la política.

La concepción de sujeto sugerida por este marco tiende a lógicas *estandarizadas*, pues se dirige casi exclusivamente a mujeres, heterosexuales, en edad fértil (“mujer-madre”), representación que se universaliza y se aplica indistintamente a diversas mujeres sin

integrar servicios especializados para madres adolescentes. Entrevista del 30 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6). Asimismo, el “Proyecto de Ley Marco en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (2000/2008) (Anexo N°4), sostiene que, en los 90, la atención de madres adolescentes no contaba con especificidad de atención.

²¹⁹ Entrevistas a dos profesionales de CEMERA, 30 de junio y 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); dos profesionales del MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS), 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

considerarse otras dimensiones como la etnicidad o la diversidad funcional. El principal eje de exclusión integrado es la dimensión socioeconómica, al ser una limitación para cubrir las necesidades sexuales y reproductivas, a través del sistema privado. El género no siempre es considerado como eje de exclusión, sino como característica biológica y social asociada al sexo y a la función procreadora por parte de las mujeres. Por otro lado, la inclusión de otros grupos (por ejemplo, niñas/os, diversidades sexuales, etc.) es más bien residual y en base a problemas específicos (como el abuso sexual, el VIH/Sida, ETS, etc.). Desde ahí, se trabaja sobre la base de perfiles biomédicos y poblaciones universalizables, donde personas con similares características son atendidas en iguales condiciones. Por lo tanto, la propuesta de inclusión social de este marco tendería a lógicas de *asimilación*.

4.3 Marco Interpretativo N°2: Formación en valores tradicionales

El segundo marco interpretativo entiende que la sexualidad se vincula necesariamente con los valores tradicionales de la vida y la familia. Este marco ha sido observado en textos producidos por i) *organizaciones de la sociedad civil*, como algunas instituciones asociadas a las iglesias católicas²²⁰ y otras que representan a sectores conservadores²²¹; y *actores gubernamentales*, como el Ministerio de Educación (MINEDUC)²²², algunas autoridades de gobierno²²³ y partidos asociados a la derecha política (Unión Demócrata Independiente – UDI, Renovación Nacional – RN y Democracia Cristiana – DC)²²⁴.

A continuación se profundiza en los principales elementos de este marco, que se refieren a plantear la desvinculación de la sexualidad con los valores de la vida y la familia como un problema público; proponer como solución la formación en los valores tradicionales, sobre todo hacia las nuevas generaciones; focalizar su acción en mujeres en edad fértil y

²²⁰ Textos: “La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después” (Conferencia Episcopal, 2009); “Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción” (Monseñor Chomalí, 2010); y “Carta acerca de los Valores Fundamentales sobre la Vida, el Matrimonio y la Familia” (Agrupación de Iglesias Cristianas, 2011) (Anexo N°4).

²²¹ Textos: “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002); “Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (Centro de Estudios e Investigación Libertad y Desarrollo, 2006); los programa de educación sexual “TeenStar” de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile (2011), el “Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad” (PAS) del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián (2011) y “Aprendiendo a querer” de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Monseñor Ricardo Ezzati (2011) (Anexo N°4). Además, pueden establecerse analogías con la entrevista a la Directora de la ONG Investigación, Formación y Estudios de la Mujer (ISFEM), del 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²²² Textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Texto Guía para la autogestión” (MINEDUC, 1999); y “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001) (Anexo N°4).

²²³ Texto “Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020” (SERNAM, 2011) propuesto por el gobierno de Sebastián Piñera (Anexo N°4).

²²⁴ Textos sobre el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012) (Anexo N°4).

adolescentes, en el contexto de la familia tradicional; y motivar la acción de las familias y apostar por un rol subsidiario del Estado. Asimismo, se destaca que se ha identificado un sub-marco que hace uso de la retórica de los derechos humanos (por ejemplo, el derecho a la vida) y propone un rol activo del Estado en la materia, siempre que éste promueva y respete los valores tradicionales (Cuadro 3).

Cuadro 3: Síntesis marco interpretativo N°2: Formación en valores tradicionales

Síntesis Marco Interpretativo N°2: Formación en valores tradicionales	
DIAGNÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué se representa como problema?	La desvinculación de la sexualidad con los valores fundamentales de la vida y la familia (p. ej. aborto, provisión de anticonceptivos a adolescentes).
¿El género es parte de ello?	Se rechaza el concepto de género.
Dimensiones de género	Naturalización de los roles de género. Prima la noción de sexo.
Interseccionalidad	Se trata a mujeres y hombres como grupos homogéneos.
Responsabilidad	El Estado, quien ha interferido el campo privado, no ha apoyado el rol de las familias y ha ido en contra de valores tradicionales.
Quiénes tienen el problema	Toda la población, especialmente las mujeres y los jóvenes.
Roles activos o pasivos	Rol activo del Estado en la generación del problema. Rol pasivo de los sujetos, especialmente de las mujeres y los adolescentes.
Legitimación de la no existencia de un problema(s)	Se legitima la desigualdad de género y se limita a las mujeres a decidir respecto de su fertilidad.
PRONÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué acciones son necesarias?	Iniciativas legislativas y formativas que promuevan los valores tradicionales (la abstinencia, el matrimonio, la familia, la vida).
Objetivos o prioridades	Promover iniciativas que refuercen valores tradicionales; y prohibir prácticas contrarias a dichos valores.
Dimensiones de género	Naturalización de los roles de género. Prima la noción de sexo sobre la de género.
Interseccionalidad	Se trata a mujeres y hombres como grupos homogéneos.
Llamada a la acción y la inacción	Acción de las familias y un rol subsidiario del Estado; Inacción de otros actores políticos.
¿Sobre quién se actúa?	Sobre mujeres, heterosexuales en edad fértil; y jóvenes/adolescentes.
Legitimación de la (in)acción	Acción de las familias, la Iglesia y otros actores privados que promuevan valores tradicionales; e Inacción de otros actores.

4.3.1 El problema: la desvinculación de la sexualidad de los valores tradicionales

Al amparo de este marco, la sexualidad tiene como propósito la reproducción de la familia (tradicional). Por ello ésta debe darse exclusivamente entre un hombre y una mujer, donde el rol de la mujer y su importancia social radica en el “dar vida”. Por ejemplo, se acepta que la mujer se inserte al mercado laboral o se abra paso en otras áreas, pero sin que

descuide su labor al interior del núcleo familiar. De modo que la familia tradicional — basada en la complementariedad hombre/mujer y la división sexual del trabajo — sería la base de la sociedad y el principal contexto de la sexualidad²²⁵. Bajo esta lógica, la desvinculación de la sexualidad con la procreación, el matrimonio y la familia es considerada un problema público²²⁶. Esto sería un problema para la sociedad en general y principalmente para las familias, las cuales son llamadas a formar en sexualidad a las nuevas generaciones: los adolescentes, quienes son representados como un grupo social problemático (y homogéneo²²⁷), al no ser capaces de dominar sus impulsos e incurrir en prácticas riesgosas para su salud física y psíquica (como la iniciación sexual precoz, el consumo de drogas, la experimentación sexual, etc.)²²⁸.

La desvinculación de la sexualidad con los valores tradicionales sería producto del actual contexto globalizado y tecnificado, que ha afectado las relaciones interpersonales y, con ello, la integridad de la familia. El Estado también tendría responsabilidad en el asunto al enfocar su acción en la provisión de métodos anticonceptivos, desde una lógica sanitaria²²⁹, perdiendo de vista los valores fundamentales. Así, los actores que podrían situarse en este marco se han opuesto a ciertas iniciativas, que son representadas como problemas, por ejemplo, las JOCAS, por promover el uso de anticonceptivos en la población adolescente; la distribución gratuita y universal de la anticoncepción de emergencia (AE), sobre todo a menores de 14 años, por interferir en el rol educador de los padres; la Ley N°20.418 (2010) y los proyectos de ley que buscan despenalizar el aborto terapéutico, por atentar contra la vida del no nacido. Estas medidas son percibidas más como “problemas” —al atentar contra la vida y la familia— que soluciones válidas para abordar la sexualidad.

²²⁵ Textos: “Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020” (SERNAM, 2011); Programa “Aprendiendo a querer” (Universidad Católica de la Santísima Concepción, 2011); y “Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción” (Monseñor Chomali, 2010).

²²⁶ Texto “La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después” (Conferencia Episcopal, 2009).

²²⁷ No se contemplan variables que puedan hacer la diferencia en cómo viven este problema diferentes adolescentes. En ocasiones se menciona el sexo, la edad y la clase social (nivel educativo y nivel de instrucción), pero no parecen ser relevantes para representar a la población que vive el problema.

²²⁸ Textos: “Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (Libertad y Desarrollo, 2006) y “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002).

²²⁹ Textos: “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002); “Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (Libertad y Desarrollo, 2006:2); y “Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción” (Monseñor Chomali, 2010).

4.3.2 La solución: la formación en valores tradicionales

En base al problema detectado, este marco propone como solución la formación en sexualidad a partir de los valores tradicionales²³⁰, pues la sexualidad atañe a un asunto netamente valórico. La educación valórica²³¹ sería fundamental para que los adolescentes tomen buenas decisiones y así prevenir problemas ulteriores, como el embarazo adolescente y la transmisión de enfermedades sexuales. Se apela a una educación basada en la virtud, donde los/as jóvenes sean capaces de vincular su sexualidad a la afectividad, reconocer sus roles de género (principalmente para apoyar a las mujeres a cumplir su rol materno/cuidador) y llevar una vida sexual basada en el autocontrol de los impulsos, la abstinencia, la castidad, la virginidad, el respeto por la vida y el matrimonio, y el retraso de la iniciación sexual hasta la vida adulta²³². Sólo en algunos casos se recomienda el uso de métodos anticonceptivos naturales (por ejemplo, el método de Billings).

4.3.3 Actores llamados a la acción: las familias y organismos privados

Al ser la sexualidad un aspecto de la vida privada, estos temas sólo pueden ser tratados por la familia, lo que restringe su abordaje en otros espacios, incluso en el debate público. La familia es la principal encargada de educar a sus hijas/os en los valores que ellos estimen convenientes y ningún otro actor debiese inmiscuirse. Incluso el Estado debiese abstener de actuar y sólo podría asumir un rol subsidiario. Algunas variaciones del marco (Sección 4.3.4) consideran que los establecimientos educacionales, como una extensión de la familia, podrían tener injerencia en la formación en sexualidad de las futuras generaciones, pero siempre que ésta se dé en diálogo con la familia.

El Estado es llamado a la acción, pero sólo con el propósito de preservar los valores tradicionales (por ejemplo, velar que sus políticas no los transgredan) y en una función de apoyo a las familias (especialmente a las mujeres), para que éstas puedan cumplir su

²³⁰ En esta línea, entre las iniciativas emprendidas por algunos actores que se sitúan desde este marco, se halla la Conmemoración del “día del niño por nacer” el 25 de mayo (Proyecto de Ley aprobado en 2013); el apoyo a mujeres madres; campañas de visualización de la importancia de la maternidad; campaña contra los abortivos químicos (Anticoncepción de Emergencia, misoprostol, etc.); y la Campaña “Aborto Cero” (2014). Entrevista a la Directora de ISFEM, 17 de octubre 2014, (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²³¹ Se usa el concepto “valórico”, porque es recurrente en el debate público sobre salud sexual y reproductiva, sobre todo en el discurso de los sectores conservadores en Chile. Entre los documentos que utilizan esta noción se encuentra: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (MINEDUC, 1999); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002); “Aprendiendo a querer” (U. Católica de la Santísima Concepción, 2011); “La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después” (Conferencia Episcopal, 2009); el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012) (Anexo N°4).

²³² Textos: Programa “Aprendiendo a querer” (U. Católica de la Santísima Concepción, 2011:2); y “La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después” (Conferencia Episcopal, 2009).

labor (el cuidado de las/os hijas/os)²³³. Al Estado no le competaría, entonces, dictar directrices sobre cómo abordar la sexualidad –porque no puede sustituir el rol de las familias—, y sólo se legitima su acción en casos en que la familia no pueda cumplir su función social²³⁴. Otra alternativa es que el Estado apoye a organismos de la sociedad civil (por ejemplo, a través de la transferencia de fondos) que van en apoyo de las mujeres y sus familias²³⁵. Este rol subsidiario del Estado se refleja en el discurso de la política nacional en educación sexual desde el año 2000²³⁶ y más claramente en la propuesta de los siete programas del Gobierno de Sebastián Piñera (2011). Estas iniciativas, basadas en el principio de libertad de enseñanza, justifican la no injerencia del MINEDUC en estas materias.

El marco de *valores tradicionales* plantea que ningún otro actor debiese involucrarse en temas de sexualidad, sobre todo el sector sanitario, porque la sexualidad es un “asunto valórico” y no puede ser reducida al ámbito de la salud, menos cuando la medicina no está al servicio de “la vida” (al promover la interrupción voluntaria del embarazo y la distribución de preservativos)²³⁷. Por esta razón, por ejemplo, la Iglesia Católica y los sectores conservadores se han opuesto a la participación de profesionales de la salud en los programas de educación sexual (como en el caso de las JOCAS).

4.3.4 Sub-marco: El derecho a la vida y el derecho preferencial de los padres

El discurso que vincula la sexualidad a los valores tradicionales actualmente ha hecho uso de un lenguaje en clave de derechos (por ejemplo, en el “Pacto de San José de Costa Rica” de 1969²³⁸), donde el derecho a la vida se ha convertido en la nueva trinchera que zanja la discusión sobre sexualidad en Chile. Desde este sub-marco se reconoce que los métodos anticonceptivos son válidos para regular la fertilidad, pero estos ante todo deben respetar el derecho a la vida del que está por nacer. Con ello se rechazan todos aquellos métodos postcoitales (como la AE y el aborto en todas sus formas), que actuarían una vez

²³³ Argumentos esgrimidos en el texto “La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después” (Conferencia Episcopal, 2009:2-3); y en la entrevista a la Directora de ISFEM, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²³⁴ Argumentos esgrimidos en los textos: “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002:4); y “Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (Libertad y Desarrollo, 2006). Igualmente, la entrevista a la Directora de ISFEM, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile), respalda estas afirmaciones.

²³⁵ Elemento presente en el texto “Bases para una Política de Educación Sexual” (Chile Unido, 2002:4) (Anexo N°4); y en la entrevista a la Directora ISFEM, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²³⁶ Por ejemplo, en el texto “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001:30).

²³⁷ Textos: “Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (Libertad y Desarrollo, 2006); y “Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción” (Monseñor Chomalí, 2010).

²³⁸ Este Pacto es citado en varias oportunidades por Senadoras/es de partidos conservadores, durante el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012).

producida la concepción, cuando ya podría hablarse de vida humana, y el Estado debe garantizar el derecho a la vida del no nacido.

La sexualidad deja de ser un asunto privado para habitar el debate público. Esto justifica la intromisión del Estado en la vida privada de las personas, principalmente de las mujeres, en pro de la defensa de la vida del no nato. Se apela a que el Estado prohíba y sancione cualquier acto que transgreda este principio, pues en un Estado de Derecho existe el principio de ética pública. Ante la posible duda sobre la amenaza de muerte, el Estado debe actuar siempre a favor de la vida. A pesar que se defiende el derecho a la vida, no se validan los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR), lo que se reconocen emanados desde una “ideología de género”²³⁹, que atenta contra la vida y la familia natural²⁴⁰. Con esto las mujeres no pueden decidir sobre sus cuerpos, incluso en instancias extremas donde está en riesgo su propia salud. Desde este marco, además, una mujer que se ha practicado un aborto es siempre una víctima de las circunstancias.

Este sub-marco se percibe como una estrategia para ganar adeptos, pues, en el escenario internacional actual, parece inimaginable entablar un debate sobre sexualidad y reproducción fuera del discurso de los derechos humanos. Asimismo, al amparo del sub-marco se esgrimen argumentos en clave de género y en defensa de la población con discapacidad. Por ejemplo, para frenar las iniciativas que buscan despenalizar el aborto terapéutico, se hace referencia a la experiencia en otros países donde el aborto ha sido excusa para practicar abortos de fetos sexuados mujer (como en India) y niñas/os con Síndrome de Down (abortos eugenésicos)²⁴¹.

4.3.5 La propuesta de inclusión social del segundo marco interpretativo

En base a lo anteriormente planteado, se observa que el marco interpretativo de *valores tradicionales* responde a un referente normativo *particularista*, sobre valores morales ligados a religión católica y cristiana. Las nociones de “lo correcto” estarían dadas por los valores tradicionales de la vida y la familia (como el matrimonio y la maternidad) y serían estos valores los que definirían los problemas y soluciones a abordar en el contexto de la política pública.

La visión de sociedad que sugiere este marco sería *jerárquica*, ya que reconoce a la iglesia católica y al Estado como los principales actores políticos, que deben promover y

²³⁹ Este concepto ha sido promovido desde el Vaticano a nivel internacional y es reconocida como ideología nociva y contraria a los valores de la Iglesia Católica (Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011).

²⁴⁰ Entrevista a la Directora ISFEM, 17 de octubre del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁴¹ Argumentos esgrimidos por representantes de partidos conservadores, en el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012).

resguardar el respeto a la vida y la familia en toda circunstancia. Dichos valores debiesen ser impuestos al conjunto de la sociedad independientemente de las creencias y principios morales particulares de las personas. El Estado debería actuar, entonces, como una especie de “tutor moral” que encause las conductas sexuales y reproductivas de la población, apoyando a las familias y sus procesos reproductivos. De este modo, actores políticos como las organizaciones de la sociedad civil contrarias a estas representaciones quedarían invisibilizados y no deberían tener injerencia en cómo se delinean los problemas y las soluciones en el proceso de formulación de la política.

Finalmente, la concepción de sujeto tiende a lógicas *estandarizadas*, pues se piensa exclusivamente en mujeres-femeninas-heterosexuales y hombres-masculinos-heterosexuales, en el contexto de la familia tradicional. Las personas, sobre todo los adolescentes y las mujeres, son representados sin autonomía moral para la toma de decisiones sobre su sexualidad. Por lo tanto, la noción de inclusión social de este marco estaría más próxima a lógicas de *asimilación*.

4.4 Marco Interpretativo N°3: Enfoque pedagógico

El tercer marco interpretativo hallado se enfoca en la educación sexual, la que entiende como un dispositivo pedagógico. Este marco tiene ciertos puntos de confluencia con el N°4 (*Derechos sexuales y reproductivos*, a detallar en el siguiente apartado), al entender la sexualidad como una dimensión propia de los seres humanos y al asumir la formación en sexualidad como un derecho. Entre los actores que articulan este marco se encuentran, principalmente: *actores gubernamentales*, como MINEDUC²⁴²; y *actores de la sociedad civil*, como organizaciones académicas asociadas a la educación²⁴³ y organizaciones vinculadas al movimiento de la diversidad sexual, por ejemplo, el MOVILH²⁴⁴. A continuación se desarrollan en mayor detalle los elementos que componen este marco, que aluden a plantear la necesidad de formar a las/os niñas/os y adolescentes para la toma de decisiones sobre su sexualidad; representar la educación sexual como un dispositivo pedagógico que debe integrarse al currículum escolar; y llamar a la acción a diferentes actores de la comunidad educativa (familia, escuela, etc.), al Estado y a expertos en educación (Cuadro 4).

²⁴² Textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (MINEDUC, 1999); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); y el “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005) (Anexo N°4).

²⁴³ Textos: “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile (2011); y “Adolescencia: tiempo de decisiones” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (2011) (Anexo N°4).

²⁴⁴ Textos: Manual pedagógico “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010) (Anexo, N°4).

Cuadro 4: Síntesis marco interpretativo N°3: Enfoque pedagógico

Síntesis Marco Interpretativo N°3: Enfoque Pedagógico	
DIAGNÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué se representa como problema?	La necesidad de incluir la educación sexual en el currículum escolar; el abordaje de esta formación desde lógicas sanitarias y valóricas; la ineficacia del Estado para definir una política nacional al respecto.
¿El género es parte de ello?	No observado.
Dimensiones de género	Se alude al género y a la orientación sexual.
Interseccionalidad	Se menciona edad, género, orientación sexual, creencias y otras variables asociadas a diagnósticos locales.
Responsabilidad	Responsabilidad del Estado y las comunidades educativas.
Quiénes tienen el problema	El Estado y las comunidades educativas.
Roles activos o pasivos	Rol activo de la comunidad educativa y el Estado.
Legitimación de la no existencia de un problema(s)	No observado.
PRONÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué acciones son necesarias?	Establecer lineamientos generales para la inclusión de la educación sexual en el currículum escolar; Brindar apoyos a las comunidades educativas.
Objetivos o prioridades	Generar una política pública descentralizada que establezca ciertos mínimos para el desarrollo de programas en los establecimientos.
Dimensiones de género	La desigualdad de género, la violencia de género y la no discriminación por orientación sexual serían temas relevantes a tratar en la formación en sexualidad.
Interseccionalidad	Se alude a edad, género, orientación sexual, creencias y otras variables asociadas a una implementación descentralizada.
Llamada a la acción y la inacción	Acción de Estado, comunidad educativa y expertos en educación.
¿Sobre quién se actúa?	Sobre la comunidad educativa y, especialmente, en niñas/os, adolescentes y jóvenes en edad escolar.
Legitimación de la (in)acción	Acción: Comunidades Educativas, Estado y organismos de la sociedad civil del ámbito de la educación.

4.4.1 El problema: la necesidad de una “formación para la vida”

Este marco visualiza la necesidad de integrar la educación en sexualidad al currículum escolar, para contribuir a la toma de decisiones informadas y reflexivas, principalmente, de niñas/os, adolescentes y jóvenes. La sexualidad se representa como transversal a la vida de las personas y vinculada a diferentes dimensiones (física, biológica, psicológica, social, afectiva, política, cultural, religiosa y espiritual) y aspectos del ser humano (el sexo, la identidad, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer y la reproducción). La sexualidad no se reduce a la capacidad reproductiva o al modo de llevar

una vida sexual “correctamente” en base a determinados valores, sino que se vincula con el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones; es considerada una formación para la vida²⁴⁵.

De acuerdo a dos profesionales del Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)²⁴⁶, es fácil confundirse respecto de lo que es la educación sexual y para qué sirve. Ésta no tiene que ver con cómo conducir la vida sexual de las personas en base a determinados presupuestos valóricos ni busca revertir índices biosanitarios, como las tasas de embarazo adolescente. En este marco interpretativo la educación sexual trasciende los debates morales y sanitarios. Por ello, los principales problemas identificados a la luz de este marco son: la generación de políticas y programas de educación sexual con propósitos netamente sanitarios y/o valóricos (Marcos interpretativos N°1 y N°2); y la existencia de una política ineficaz, donde el Estado, a través de MINEDUC, tiene escasa incidencia en la inclusión de la educación sexual en el currículum escolar (en función del principio de la libertad de enseñanza)²⁴⁷.

4.4.2 La solución: Educar para decidir autónomamente

El marco *Enfoque pedagógico* propone integrar la educación sexual al currículum escolar, de establecimientos públicos y privados, desde los primeros niveles de enseñanza. La formación en sexualidad no es representada como un dispositivo sanitario ni valórico, sino como un dispositivo pedagógico que debe permitir el desarrollo integral de capacidades en los sujetos para la toma de decisiones. La educación sexual, desde una concepción integral, sería clave para que los/as niñas/os y jóvenes —dentro del sistema educativo— generen aprendizajes significativos que les permitan reconocerse como personas sexuadas y desarrollen un progresivo conocimiento de su cuerpo, un pensamiento crítico y reflexivo, reconozcan el valor del respeto propio y hacia los demás, y establezcan relaciones equitativas. Es así como esta formación se basa en los principios de autonomía, igualdad de género y no discriminación²⁴⁸.

²⁴⁵ Textos: “Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro de Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); y “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005); y “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010).

²⁴⁶ Entrevistas del 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁴⁷ Textos: “Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro de Salud de DDSSRR, 2000/2008); y el “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010) (Anexo N°4). Además, esto es respaldado por las entrevistas realizadas a un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁴⁸ Textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (MINEDUC, 1999); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); Programa “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005); y “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010) (Anexo N°4).

La formación en sexualidad no sería distinta al aprendizaje en otros ámbitos del conocimiento, pues apunta a aprender a conocer, a informarse, a reconocer diversas perspectivas, a reflexionar sobre ciertos tópicos, a valorar alternativas y consecuencias, y aprender a tomar posturas y decisiones que se adecúen a las creencias particulares. Este marco apunta a un empoderamiento sobre la sexualidad, que brinde herramientas conceptuales para justificar o entrar en ciertos debates (por ejemplo, en relación al aborto, la violencia sexual, etc.)²⁴⁹.

Desde esta representación se entiende que la sexualidad está mediada socialmente y que existen discriminaciones y/o ejercicio de violencias asociadas a ésta. Por ello, la educación sexual que propone este marco aborda las desigualdades de género que cruzan la construcción hegemónica de la sexualidad. Se trabajan algunos mitos, creencias y/o estereotipos sobre la sexualidad, los roles de género y la homosexualidad, donde la reflexión y la información clara y completa son fundamentales para la toma de decisiones. Entre las temáticas que incorpora esta formación están las relaciones equitativas entre personas de distinto sexo, la prevención de la violencia de género y la no discriminación por orientación sexual²⁵⁰.

Por otro lado, dado que uno de los problemas asociados es la existencia de una política ineficaz, la solución propuesta –y una de las demandas más importantes desde organizaciones de la sociedad civil– ha apuntado a que el Estado genere una política a nivel nacional descentralizada que defina lineamientos generales, una especie de mínimos garantizables, desde los cuales cada comunidad educativa pueda contextualizarlos, de acuerdo a sus necesidades y características educativas particulares (el desarrollo evolutivo de acuerdo a la edad, el proyecto educativo del establecimientos, las características del alumnado, etc.)²⁵¹.

Finalmente, cabe mencionar que este marco no sólo ha estado presente en las políticas de educación, sino que, en los últimos años, se ha intentado incluir en las políticas de salud y la consejería en sexualidad para jóvenes y adolescentes en el sistema de salud público. El propósito es motivar a los jóvenes a reflexionar sobre las consecuencias de sus

²⁴⁹ Entrevista a un profesional del Programa PASA, 21 octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁵⁰ Textos: “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005); “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010); “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” (U. de Chile, 2011); y “Adolescencia: tiempo de decisiones” (Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2011) (Anexo N°4).

²⁵¹ Textos: “Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro de Salud de DDSRR, 2000/2008); “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005); y “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010) (Anexo N°4). Asimismo, esta información se vincula con las entrevistas a un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

conductas sexuales en su proyecto de vida, y la importancia de informarse y evaluar las diferentes opciones que se les presentan²⁵².

4.4.3 Actores llamados a la acción: La comunidad educativa

Este marco, al representar la sexualidad como una dimensión humana y la educación sexual como un derecho, llama a la acción al Estado, quien debe garantizar esta formación y establecer una política descentralizada para ello. El Estado debiese establecer ciertas exigencias a los establecimientos educativos, que permitan posteriores evaluaciones y garanticen la transferencia de contenidos mínimos en el ámbito de la sexualidad. La acción del Estado no sólo implicaría la redacción de una política en base a determinados principios, sino que también la generación de medidas concretar para garantizar su aplicación, es decir, la asignación de un presupuesto acorde, la capacitación de docentes, la definición de orientaciones técnicas y evaluaciones periódicas, y brindar apoyo a los establecimientos en el cumplimiento de objetivos²⁵³.

En esta línea, la comunidad educativa tiene un rol fundamental. Ésta no sólo contempla a los establecimientos educativos formales (directivos, docentes y estudiantes), sino también a diferentes actores relacionados, como las/os apoderadas/os, organismos académicos u ONGs especialistas en el ámbito de la educación, entre otros. De esta manera, se entiende que la familia por sí misma no puede, ni debe, hacerse cargo sola de estos temas, pues la información que los/as niños/as y adolescentes reciben sobre sexualidad no se da sólo en el marco de la familia, sino también a través de los medios de comunicación, la publicidad, los grupos de pares, etc. Por esta razón, la educación sexual es una labor que compete a la comunidad en su conjunto. La comunidad educativa sería la responsable de adaptar los contenidos mínimos definidos por la política nacional a la realidad educativa local, a partir de un diálogo entre diferentes actores, que permita identificar problemas a abordar y soluciones a desarrollar, de acuerdo a las características del alumnado, el proyecto educativo y los recursos disponibles, entre otros aspectos²⁵⁴.

En términos de formulación de la política, este marco plantea la importancia de un conocimiento técnico en educación. De modo que el Estado, desde el MINEDUC, debiese

²⁵² Texto “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013) (Anexo N°4).

²⁵³ Textos: “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); y “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005). Esta información, además, es respaldada por las entrevistas a un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexos N°6).

²⁵⁴ Textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (MINEDUC, 1999); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005); y “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010).

liderar este proceso en coordinación con instituciones versadas en la materia. Este liderazgo desde MINEDUC no limitaría la intersectorialidad con otros Ministerios o Servicios Públicos (INJUV, MINSAL y SERNAM) ni la participación de organizaciones de la sociedad civil (CEMERA, CORSAPS, APROFA, la Universidad de Chile, entre otros²⁵⁵), pero sí apunta a integrar actores que tengan las competencias técnicas para ello. Este elemento ha estado presente en el cómo se ha formulado e implementado la política en Chile desde el año 2000, cuando el MINEDUC toma la coordinación de estos asuntos. Desde entonces, se han llamado a comisiones y grupos de expertos que evalúen y propongan orientaciones para el desarrollo de la política²⁵⁶. Con esto se asume que formular una política en educación sexual requiere sobre todo de un saber técnico en educación, que permitan definir determinadas directrices, procedimientos y contenidos mínimos (objetivos, aprendizajes esperados, estrategias, indicadores de logro, tiempos, etc.), para la inclusión de este aprendizaje en el currículum escolar. Desde esta lógica, la educación en sexualidad no debe ser un tema de debate nacional, sino más bien un asunto técnico²⁵⁷.

4.4.4 La propuesta de inclusión social del tercer marco interpretativo

En base a lo descrito, se evidencia que este marco interpretativo responde a un referente normativo que se mueve entre lógicas *universalistas* y *pluriversalistas*. Por un lado, promueve el derecho universal a la educación sexual –en el contexto de una sociedad determinada (occidental) –, bajo representaciones específicas de sexualidad, reproducción y educación. Por otro lado, este marco asume la necesidad de una política pública descentralizada, que sólo dicte orientaciones generales en base a ciertos “mínimos garantizables”, lo que permite el reconocimiento de diversos proyectos ético-políticos al respecto, es decir, admite la emergencia de visiones y planteamientos alternativos.

La visión de sociedad, por su parte, se movería entre lógicas *jerárquicas* y *heterárquicas*. Serían jerárquicas en tanto reconoce el saber experto como preponderante para la formulación de la política, donde el Estado –desde el MINEDUC– en articulación con otros expertos en el ámbito de la educación, debe dar origen y forma a una política nacional adecuada a las demandas de las sociedades actuales. Por otro lado, la visión de sociedad podría tender a la heterarquía, pues propone una política descentralizada que tome sustancia al amparo de la comunidad educativa. Por lo tanto, sería en el espacio

²⁵⁵ Organizaciones académicas y ONGs con las que se ha trabajado principalmente en temas de capacitación docente en educación sexual.

²⁵⁶ Ejemplo de esto son los textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (MINEDUC, 1999); “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001); el “Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (MINEDUC, 2004); y el “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005).

²⁵⁷ Entrevistas a un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

local, donde la política nacional posibilitaría la participación de diversos actores (directivos, docentes, apoderados/as, estudiantes, organizaciones sociales, etc.) en un plano de horizontalidad.

Finalmente, la concepción de sujeto se movería entre lógicas *estandarizadas* e *interseccionales*. Estandarizada pues, en primera instancia, este marco plantearía una visión unitaria de sujeto en función de su edad y su grado académico. No obstante, para su aplicación enuncia la necesidad de adaptarla a los requerimientos particulares de la comunidad y el contexto educativo, lo que abre la posibilidad de atender a una diversidad de sujetos y grupos concretos. Aunque el planteamiento de la interseccionalidad no es expreso ni se hace referencia a acoger medidas concretas dirigidas a grupos específicos (como la población indígena, personas con alguna discapacidad, inmigrantes, etc.). En base a esto, la noción de inclusión social propuesta por este marco interpretativo estaría más próxima a lógicas *pluralistas*.

4.5 Marco interpretativo N°4: Derechos sexuales y reproductivos

El cuarto marco interpretativo comprende que la sexualidad no compete netamente al ámbito privado, sino que ésta es además una expresión de la ciudadanía. De modo que el ejercicio libre de la sexualidad y la reproducción son derechos humanos universales, inalienables y reconocibles a todo ser humano. Ante esto, el Estado debiese actuar como garante, sobre los principios de igualdad y no discriminaciones. Entre los actores que articulan este marco se encuentra: *actores de la sociedad civil*, como los vinculados al movimiento feminista²⁵⁸, de la diversidad sexual²⁵⁹ y organizaciones de salud que trabajan desde un enfoque de derecho e igualdad de género²⁶⁰; y *actores gubernamentales*, como SERNAM²⁶¹, MINSAL²⁶², MINEDUC²⁶³, algunas autoridades

²⁵⁸ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Red de Salud, 2000/2008); y “Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer. Mujeres organizadas: ¡Poder, derechos y Libertades ahora!” (Coordinadora 8 de marzo, 2012) (Anexo N°4).

²⁵⁹ Textos: Manual pedagógico “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” (MOVILH, 2010) (Anexo N°4).

²⁶⁰ Textos: “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010); y los programas de educación sexual “Adolescencia: tiempo de decisiones” (Facultad de Medicina, U. de Chile, 2011), “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” (APROFA, 2011) y “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” (Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile, 2011) (Anexo N°4).

²⁶¹ Textos: “Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2001-2010” (SERNAM, 2001); y “Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (SERNAM, 2010) (Anexo N°4). Además, pueden establecerse analogías entre este marco y la entrevista realizada a la Encargada del Área del Buen Vivir de la Sexualidad en SERNAM, 22 de septiembre del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁶² Textos: Programa de Salud de la Mujer (MINSAL, 1997); la “Ley N° 20.418: Fija Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” (2010); las “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014); y “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013) (Anexo N°4).

²⁶³ Textos: “Plan Piloto Hacia una sexualidad responsable” (MINEDUC, 2001); el “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (MINEDUC, 2005).

de gobierno²⁶⁴ y partidos políticos ligados a la “centro-izquierda”²⁶⁵. A continuación se exponen los principales elementos que componen este marco, que aluden a identificar como problema la no garantía de los DDSSRR, en condiciones de equidad, por parte del Estado; proponer que los DDSSRR sean reconocidos y garantizados mediante una política o cuerpo legal específico; y llamar a la acción a diferentes actores –sobre todo al Estado—, con quienes entablar un diálogo para la generación e implementación de iniciativas al respecto (Cuadro 5).

Cuadro 5: Síntesis marco interpretativo N°4: Derechos sexuales y reproductivos

Síntesis Marco Interpretativo N°4: Derechos sexuales y reproductivos	
DIAGNÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué se representa como problema?	La no garantía y el acceso inequitativo de la población al ejercicio de sus DDSSRR (p. ej. el aborto sería un problema).
¿El género es parte de ello?	Se reconoce que las construcciones de género condicionan la vulneración de los DDSSRR.
Dimensiones de género	Diferenciación entre sexo y género. Se asume que el género es un factor que condiciona el acceso desigual a los DDSSRR.
Interseccionalidad	El género se articula con otras dimensiones (edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, residencia, etnia, etc.).
Responsabilidad	Responsabilidad de la sociedad en general, especialmente del Estado.
Quiénes tienen el problema	Todas las personas, en especial las mujeres más vulnerables.
Roles activos o pasivos	Rol activo de la sociedad en general, especialmente del Estado.
Legitimación de la no existencia de un problema(s)	No observado.
PRONÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué acciones son necesarias?	Acciones pertinentes para garantizar los DDSSRR con la participación de diversos actores; Demandar y fiscalizar la garantía de DDSSRR.
Objetivos o prioridades	Garantizar los DDSSRR en condiciones de igualdad y no discriminación; Propiciar los procedimientos necesarios para ello.
Dimensiones de género	Se distingue entre sexo y género. Se promueven acciones, especialmente, a favor de mujeres y diversidades sexuales.
Interseccionalidad	El género se articula con otras dimensiones (como nivel socioeconómico, edad, creencias, estado de salud, etnia, etc.)
Llamada a la acción y la inacción	Acción: sociedad en general y en especial al Estado.
¿Sobre quién se actúa?	Sobre la población en general, que tiene derecho decidir sobre su sexualidad y reproducción; y el actuar del Estado.
Legitimación de la (in)acción	Acción de diversos actores políticos y sociales, sobre todo del Estado.

²⁶⁴ Textos: “Proyecto de Ley: Crea Ministerio de la Mujer y la Equidad y modifica normas legales que indica” (2014); el “Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020” (SERNAM, 2011) y el Proyecto de Ley sobre “Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres casuales” (2015) (Anexo N°4).

²⁶⁵ Textos sobre el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012) (Anexo N°4).

4.5.1 El problema: El Estado no garantiza los DDSSRR

Según este marco interpretativo, la sexualidad —al ser una dimensión del ser humano que incumbe a aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales— se relaciona con el ejercicio de los derechos fundamentales (la libertad de expresión, la salud, la vida libre de violencia, entre otros) y, por lo tanto, con la ciudadanía. En este sentido, el principal problema identificado por este marco sería la incapacidad del Estado de garantizar, en condiciones de igualdad, los DDSSRR de la población, especialmente de las mujeres. Una de las causas de la no garantía de los DDSSRR sería que Chile no cuenta con una política pública o un cuerpo legal que sienta las bases normativas para ello. La legislación aún estaría atrasada en la materia, al no proponer los procedimientos pertinentes para garantizar los DDSSRR y por ser aún de difícil acceso, sobre todo para los sectores sociales más desfavorecidos (como las mujeres de escasos recursos). El Estado no se estaría haciendo responsable de los acuerdos y tratados a nivel internacional que ha firmado (por ejemplo, El Cairo 1994, Beijing 1995), los que le obligan a emprender todas las medidas y remover todos los obstáculos necesarios para garantizar el pleno goce de los DDSSRR en la población²⁶⁶.

Para este marco las desigualdades de género son fundamentales, ya que entiende que la construcción social de la sexualidad (mediada por el género) ha privado especialmente a las mujeres del ejercicio de sus DDSSRR. La representación social de la mujer —principalmente como madre— significaría, para este marco, la restricción de las libertades fundamentales de las mujeres. La naturalización de los roles de género, junto con circunscribir a las mujeres en su rol materno y limitar las decisiones particulares que se apartan de este cometido, también invisibilizaría a los hombres de sus derechos y deberes reproductivos (como corresponsables de la anticoncepción y como padres). Las mujeres asumirían todo el costo biológico (por ejemplo, los riesgos del embarazo, aborto y parto, y los problemas asociados al uso de métodos anticonceptivos) y gran parte del costo social de la reproducción. A la vez, las mujeres tendrían menor control que los hombres sobre las decisiones que involucra el ejercicio de su sexualidad. Si bien Chile ha emprendido diversos esfuerzos para entregar servicios de salud de pre y post parto a las mujeres (entre ellos el Programa de Salud de la Mujer) —donde el alrededor del 99% de los partos son atendidos—, aún no se ha reconocido su autonomía y es poco lo que se ha avanzado al respecto²⁶⁷.

²⁶⁶ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); y “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010).

²⁶⁷ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014); “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010); y Proyecto de Ley “Sobre interrupción del embarazo en tres causales” (2015). Además, esta información fue respaldada por las entrevistas

Desde este diagnóstico, uno de los principales problemas que presenta la legislación en Chile sería la penalización absoluta del aborto, lo que transgrede el derecho a la vida, la salud, la seguridad, la privacidad y la integridad física y psicológica de las mujeres. Con ello el Estado, además de no cumplir con los acuerdos internacionales, desconocería la realidad de distintas mujeres —sobre todo de aquellas en situaciones de mayor vulnerabilidad social— y las despojaría de su capacidad de agencia y decisión²⁶⁸.

4.5.2 La solución: garantía de los DDSSRR por parte del Estado

Desde la representación del problema, este marco propone que la sexualidad sea entendida de modo integral —no sólo vinculada a la reproducción y la salud— y como parte del ejercicio de la ciudadanía. Así, los DDSSRR debiesen ser garantizados por el Estado sobre criterios de igualdad y no discriminación, es decir, sin distinción de ningún tipo (creencia, género, funcionalidad, etc.), alejados de patrones socioculturales excluyentes y promoviendo relaciones de respeto mutuo (como corresponsabilidad e interculturalidad). Esto implicaría reconocer la capacidad de diferentes personas a disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias, de acuerdo a sus creencias y preferencias particulares, en ausencia de cualquier tipo de violencia o coacción, pues el bienestar pleno en estos ámbitos se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos²⁶⁹.

Entre los derechos sexuales se hallarían: la expresión libre y autónoma de la orientación sexual elegida, el derecho a prevenir un embarazo y posibles ETS, tener relaciones sexuales consensuadas y libres de violencia, acceder a servicios de salud sexual de calidad y acceder a información pertinente. Entre los derechos reproductivos se encontrarían: decidir la posibilidad de ser madre/padre; acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficientes; decidir el número de hijas/os a tener y el intervalo entre éstas/os, y acceder a información, educación y medios para ello; acceder a servicios de salud que garanticen una maternidad segura, en periodo de gestación, parto y lactancia; y contar con servicios educativos e informativos para garantizar la autonomía reproductiva²⁷⁰.

realizadas a una profesional del MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito sanitario del Observatorio de Equidad Según Género y Pueblo Mapuche, 20 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y una profesional del SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁶⁸ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); el Debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012); y el Proyecto de Ley sobre “Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres casuales” (2015).

²⁶⁹ Textos: “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010); y “Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (SERNAM, 2010).

²⁷⁰ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010); “Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (SERNAM, 2010); “Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas”

Esta concepción de la sexualidad, ligada a los DDSSRR, apela a una atención integral, donde se incluyan: conocimientos técnicos, la experiencia profesional y las percepciones y necesidades sentidas por quienes son atendidas/os. “Es un enfoque integral, que requiere de un trabajo interdisciplinario en el que participen, no sólo profesionales del área biomédica sino también educadores, cientistas sociales, trabajadores sociales y la propia comunidad”²⁷¹. Por lo que el diálogo público entre diversos actores es importante para la generación de soluciones y alternativas al problema detectado.

El trabajo interdisciplinario entre diferentes actores apunta a brindar soluciones a personas durante todo el ciclo vital y a atender las diversas necesidades, dadas por el género, los procesos de crecimiento, la orientación sexual, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la procedencia étnica, el nivel de funcionamiento, las creencias y otras características particulares²⁷². En este sentido, debiesen considerarse los impactos diferenciados de determinadas iniciativas en la vida de los sujetos, para paulatinamente adecuarlas a las diferentes realidades. Con esto, se plantea que no sólo deben tenerse en cuenta aspectos biomédicos, sino también sociales, culturales y contextuales²⁷³.

4.5.3 Actores llamados a la acción: El Estado y diferentes actores

Si bien este marco llama a la acción a distintos actores (como organismos académicos, organizaciones sociales, instituciones gubernamentales, etc.), el Estado sería el principal garante de los DDSSRR y el encargado de promover, impulsar y desarrollar una política que los resguarde. Para cumplir este cometido, el Estado debiese modernizarse y desarrollar un trabajo intersectorial, “con la acción en todos los niveles administrativos: nacional, regional, provincial y comunal; espacio, este último, privilegiado para la provisión de servicios, para el fortalecimiento de actores sociales y la transformación cultural”²⁷⁴. De modo que el Estado debiese poner a disposición la información, los

(MOVILH, 2010); y “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013). Esto, además, se relaciona a las concepciones definidas por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

²⁷¹ Texto: “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010:2).

²⁷² Si bien desde este marco se enumeran diversos ejes, éstos parecen no visualizarse siempre de modo imbricado. Se hace referencia a mujeres indígenas de espacios rurales (género, etnicidad y ubicación geográfica), a mujeres adolescentes de escasos recursos y bajo nivel de instrucción (edad, género y clase social) o mujeres lesbianas (género y orientación sexual). No obstante, parece seguir imperando la lógica de un abordaje poco articulado, donde algún eje de exclusión prima sobre otro (por ejemplo, el género sobre la discapacidad o *vice versa*). Esto sería perceptible en cómo el enfoque de derechos humanos propone declaraciones para diversos colectivos de modo “fragmentado” (derechos de las mujeres, derechos de los pueblos originarios, derechos de las personas con discapacidad, etc.).

²⁷³ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010).

²⁷⁴ Texto “Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (SERNAM, 2010:32).

medios, los bienes y servicios pertinentes para el efectivo ejercicio de estos derechos, con el debido seguimiento y fiscalización a los actores involucrados, para su efectiva implementación.

Entre las acciones que debiese emprender el Estado, se proponen estrategias jurídicas (como la actualización y modernización legislativa en materias de educación sexual y aborto), estrategias gerenciales (coordinación institucional e interinstitucional y mejoras en la gestión del Estado en estos ámbitos), una estrategia de dotación de medios para la prevención (como la formación en sexualidad en la educación formal o la consejería complementada con la entrega de medios anticonceptivos) y estrategias de sensibilización e información a la ciudadanía²⁷⁵. Para ello, se requeriría de un Estado laico que reconozca y resguarde el pluralismo, respetando los diferentes modos de vivir la sexualidad y las distintas opciones frente a la reproducción. El Estado debiese brindar las herramientas y medios necesarios (información, difusión y formación en derechos humanos) para que cada persona pueda actuar de acuerdo a sus prioridades y proyectos de vida.

Para la garantía de los DDSSRR, el Estado debería articularse con diferentes actores políticos y sociales, favoreciendo el abordaje integral de la sexualidad y la injerencia de diferentes sectores en las políticas relacionadas. Esto ameritaría un diálogo público, donde la sociedad civil adquiere un rol fundamental, pues “puede y debe contribuir a los cambios de políticas y programas que apoyen los derechos de las personas y, específicamente, los derechos sexuales y reproductivos”²⁷⁶. La sociedad civil puede y debe presionar, dialogar, sugerir, proponer y monitorear iniciativas que permitan garantizar socialmente estos derechos.

En este contexto, cobra importancia la generación de redes y sinergias entre múltiples actores (Estado, ONGs, organismos académicos, organizaciones y movimientos sociales), con diversas aproximaciones, experiencias y conocimientos. Aunque no se compartan las mismas perspectivas de un problema y sus soluciones, lo relevante es que exista el interés de avanzar sobre un asunto determinado (por ejemplo, la no discriminación y/o la igualdad en salud sexual y reproductiva). El propósito sería generar políticas y procedimientos aplicables a múltiples realidades y sujetos, donde los DDSSRR fuesen un mínimo garantizable que no puede ser transado. Se apunta a un trabajo interdisciplinar e

²⁷⁵ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014); “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010); “Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (SERNAM, 2010); “Ley N° 20.418: Fija Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” (2010); y “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020” (MINSAL, 2012/2013).

²⁷⁶ Texto “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010:1)

intersectorial, donde no sólo dialoguen conocimientos técnicos, sino también experienciales. Esto busca aumentar la representatividad de diversos sujetos (diferentes edades, sexos, géneros, etc.), quienes debiesen ser reconocidos como sujetos de derechos y tener una participación efectiva, para articularse tanto con las/os diseñadoras/es como con las/os implementadoras/es de las políticas públicas, en la búsqueda de una mejor calidad de vida²⁷⁷.

En este escenario, se reconoce que la sociedad civil cumple, además, un rol fiscalizador sobre los acuerdos generados por los Estados y las iniciativas estatales emprendidas. Tal como lo han hecho algunas organizaciones vinculadas al feminismo, la discapacidad y la diversidad sexual. Estos actores han generado informes alternativos a la luz de los acuerdos internacionales ratificados por el Estado de Chile, para presionar el cumplimiento de sus obligaciones (por ejemplo, para presentar al Comité de Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, al Consejo de Derechos Humanos, y al Comité Contra la Tortura)²⁷⁸.

4.5.4 La propuesta de inclusión social del cuarto marco interpretativo

En base a lo descrito, se evidencia que este marco interpretativo responde a un referente normativo que se mueve entre lógicas *universalista* y *pluriversalistas*. Por un lado, promueve derechos universales, en el contexto de una sociedad determinada (occidental), bajo representaciones específicas de sexualidad, reproducción, salud y educación. Por otro lado, al reconocerse el derecho a llevar la sexualidad de acuerdo a creencias y decisiones particulares, permite la emergencia de diversos proyectos ético-políticos. No reconoce solamente un modelo como válido, sino que se permite la emergencia de visiones y planteamientos alternativos.

La visión de sociedad sería *heterárquica*, ya que reconoce la importancia del diálogo público entre diversos actores de la sociedad. No sólo el Estado sería el encargado de garantizar el ejercicio de los DDSSRR, sino que la sociedad en su conjunto. La formulación de las políticas públicas en este ámbito, entonces, debiese integrar las voces y perspectivas de diversos grupos y actores, para construir en conjunto los problemas públicos y las soluciones respectivas. En este sentido, el Estado tendría el rol de propiciar y moderar los espacios de diálogo y coordinar las diferencias expuestas, más que tener un

²⁷⁷ Textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad” (MINSAL, 2007/2014); y “Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (ICMER, 2010). Además, esta información fue avalada por las entrevistas a un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD), 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); y una profesional de SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); entre otros (Anexo N°6).

²⁷⁸ Entrevistas a un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Anexo N°6).

rol preponderante sobre otros actores políticos. Se apunta a un diálogo que integre diferentes miradas sin evitar, necesariamente, el conflicto.

La concepción de sujeto de este marco se movería entre lógicas *estandarizadas* y *múltiples*. Por un lado, se asumiría un sujeto *estandarizado*, al utilizar, en ocasiones, las categorías (mujeres, hombres, población indígena, niños/as, adolescentes, etc.), de manera homogénea, sin mediar otras dimensiones relevantes al momento de definir los problemas y las soluciones. Por otro lado, se observan intenciones de incorporar otras dimensiones al momento de pensar en el conjunto de la población (mujeres indígenas de espacios rurales, adolescentes de escasos recursos, mujeres lesbianas, etc.), lo que permitiría iluminar un sujeto múltiple que se construye a partir de diversas dimensiones. Sin embargo, no siempre es evidente la articulación de estos ejes. En base a esto, la noción de inclusión social de este marco estaría más próxima a lógicas *pluralistas*.

4.6 Marco interpretativo N°5: Autonomía, sexualidad y placer

El último marco interpretativo presente en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile, es el que plantea, como eje rector, la autonomía radical del cuerpo de las mujeres, la reivindicación del placer y las decisiones libres de las personas. Este marco es el más crítico de los cinco y el único que propone salir de las representaciones en las que se mueve la política actualmente. Entre los actores que articulan este marco, se encuentran principalmente organizaciones sociales vinculadas al movimiento feminista²⁷⁹ y de mujeres indígenas²⁸⁰. A continuación se desarrollan en mayor detalle los elementos de este marco interpretativo, que aluden a representar al Estado como una institución patriarcal, capitalista y colonialista, que limita el ejercicio de autonomía personal y colectiva; plantear la necesidad de un cambio cultural, que desvincule la sexualidad de la reproducción, y proponer estrategias autogestionadas y de “infiltración”; y promover la acción de organizaciones sociales a nivel local (micropolítica) y la no intromisión del Estado en las decisiones particulares de las personas (Cuadro 6).

²⁷⁹ Por ejemplo, los textos: “Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” (Foro Salud de DDSSRR, 2000/2008); “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); “Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer” (Coordinadora 8 de marzo, 2012); “Declaración Abortista Marcha Aborto Libre 25 de Julio”, generada por diversas organizaciones feministas (2013); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014) (Anexo N°4). Además, pueden establecerse analogías entre este marco y las entrevistas realizadas a: dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes del Colectivo Universitario de Disidencia Sexual (CUDS), 22 de julio 2014 (Santiago, Chile); y a una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile) (Anexo N°6).

²⁸⁰ Por ejemplo, los textos: “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígena” (2013) generado por mujeres indígenas de la Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas (ANAMURI) (Anexo N°4). Además, pueden establecerse analogías con las entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); y una profesional de la Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

Cuadro 6: Síntesis marco interpretativo N°5: Autonomía, sexualidad y placer

Cuadro Síntesis Marco N°5: Autonomía, sexualidad y placer.	
DIAGNÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué se representa como problema?	Las instituciones patriarcales obstaculizan el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva.
¿El género es parte de ello?	El problema es producto de un sistema patriarcal articulado con otros sistemas de opresión (p. ej. capitalismo y colonialismo).
Dimensiones de género	Más que al género se alude al patriarcado y su articulación con otros sistemas de opresión (capitalismo y colonialismo).
Interseccionalidad	La imbricación de sistemas de opresión limita la autonomía del cuerpo.
Responsabilidad	Instituciones opresoras: Estado, iglesias, sistema biomédico, etc.
Quiénes tienen el problema	Principalmente las mujeres, sobre todo aquellas más desfavorecidas (p. ej. mujeres indígenas, inmigrantes, etc.).
Roles activos o pasivos	Rol activo de las instituciones patriarcales (Iglesia, Estado, etc.).
Legitimación de la no existencia de un problema(s)	No observado.
PRONÓSTICO	
Preguntas	Características
¿Qué acciones son necesarias?	Promover un cambio cultural; Acción directa y autogestionada entre mujeres; Infiltración y demandas estratégicas al Estado.
Objetivos o prioridades	Generar un cambio cultural que subvierta las relaciones de dominación (patriarcales, neoliberales, coloniales).
Dimensiones de género	Se alude al patriarcado en articulación con otros sistemas de dominación.
Interseccionalidad	La imbricación de sistemas de opresión debe ser desestabilizada conjuntamente.
Llamada a la acción y la inacción	Acción: organizaciones de mujeres; Inacción: Estado y otras instituciones opresoras.
¿Sobre quién se actúa?	Sobre la sociedad en general y las mujeres (con las mujeres para las mujeres).
Legitimación de la (in)acción	Acción: mujeres y organizaciones sociales; Inacción: Estado y otras instituciones opresoras.

4.6.1 El problema: el Estado como obstáculo para el ejercicio de autonomía

Este marco es crítico con la figura del Estado y lo representa como una institucionalidad que limita la autonomía de las personas, sobre todo de las mujeres. En el Estado se observa la confluencia de más de un sistema de opresión (principalmente el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo), que buscan normalizar la sociedad, con propósito de reproducir un orden determinado²⁸¹. De esta manera, el Estado impondría una norma

²⁸¹ Cabe mencionar que la prioridad de este marco ha estado en la visibilización de la articulación entre capitalismo (clase social) y patriarcado (género y sexualidad), donde las opresiones dadas por el colonialismo u otros sistemas de dominación no siempre son consideradas.

heteropatriarcal y capitalista al ser pro-familia, vincular la sexualidad casi exclusivamente a la reproducción y promover la figura de “mujer-madre” (por ejemplo, al brindar bonos en dinero de apoyo a la maternidad y al penalizar el aborto), en vez de reconocer la libertad de las personas y facilitar la toma de decisiones particulares²⁸². En esta línea, se asume que –por muy progresista que parezca la medida– legislar para permitir las uniones civiles entre personas del mismo sexo (2015), es una forma de encauzar a la sociedad a organizarse en torno a la institución de la familia²⁸³. Desde este marco, el Estado no podría promover prácticas o discursos fuera de los sistemas de opresión que definen su institucionalidad, por lo que éste es representado como un obstáculo para el ejercicio de libertades sexuales y reproductivas²⁸⁴.

Este marco no es sólo crítico del Estado, sino también de la medicina tradicional/occidental, la familia, las iglesias y las religiones y toda institución que reproduzca un orden opresivo. Por ejemplo, se critica la medicina occidental por ser una imposición cultural que desvaloriza los conocimientos locales o “no-científicos” y un mecanismo del patriarcado para controlar los cuerpos, principalmente, de las mujeres (por ejemplo, a través de esterilizaciones forzadas).

Desde este marco interpretativo se reclama la validación de los saberes tradicionales indígenas o “no-occidentales”. Por ejemplo, el uso de plantas medicinales y “abortivos naturales”; las representaciones del “buen vivir” de pueblos originarios, como el *küme mongen* en lengua mapuche o *suma qamaña* en lengua aymara; y el rescate de roles tradicionales asociados a la salud, como el de las *colliris*²⁸⁵, en las comunidades aymara, y las *machis*²⁸⁶ y *puñeñelche*²⁸⁷, en el pueblo mapuche²⁸⁸. Asimismo, desde este marco

²⁸² Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); “Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer” (Coordinadora 8 de marzo, 2012); “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígena” (ANAMURI, 2013); “Declaración Abortista Marcha Aborto Libre 25 de Julio” (2013); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

²⁸³ Entrevistas a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁸⁴ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

²⁸⁵ Las/os *colliris* son guardianas/es de la salud que, a partir de un saber transmitido oralmente, conoce el uso de hierbas con fines medicinales. Entrevista a una feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España).

²⁸⁶ La *machi* es una autoridad espiritual del pueblo mapuche, que también tiene un rol asociado a la sanación. Además, es la persona encargada de dirigir algunos ritos y ceremonias de curación (por ejemplo, el *machitún*).

²⁸⁷ La *puñeñelche* es la partera mapuche, encargada de tratar enfermedades durante el periodo de gestación. Entrevista a una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional de CONADI, 14 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

²⁸⁸ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); y “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígena” (ANAMURI, 2013). Asimismo, este elemento fue observado en las entrevistas realizadas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de una la Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, 19 de julio 2014

existen ciertas reticencias ante el discurso de los derechos humanos, la igualdad y la inclusión social, por ser una terminología que carga con presupuestos colonialistas y neoliberales que buscan “amoldar” al sujeto a una sociedad determinada (por ejemplo, al promover derechos individuales, privilegiar un discurso occidentalizante y suscitar el rol subsidiario del Estado, lo que fomenta la aparición de nuevos mercados en torno a la sexualidad)²⁸⁹.

4.6.2 La solución: la micropolítica, la infiltración y la solidaridad entre mujeres

Para revertir el problema detectado, este marco propone cuatro posibles soluciones: i) promover un cambio cultural; ii) trabajar desde la autonomía y la micropolítica; iii) la infiltración en espacios “oficiales”; y iv) la solidaridad entre mujeres. *La promoción de un cambio cultural* en el escenario social y político sentaría las bases para desestabilizar los discursos y prácticas machistas, neoliberales, clasistas y colonialistas (por ejemplo, para desvincular la sexualidad del hecho reproductivo, de la concepción de familia tradicional y la heteronorma; y reivindicar el placer sexual fuera de cualquier estereotipo). En esta línea, el aborto, más que una solución práctica ante un problema urgente, es representado como un acto reivindicativo. El aborto sería una respuesta ante la dominación patriarcal que oprime a las mujeres y limita la autonomía de sus cuerpos, y una forma de rechazo a la “maternidad obligatoria”²⁹⁰. Abortar implica “abortar en rebeldía, abortar las culpas, al estado, la iglesia, la policía, la medicina y la ilegalidad con la que pretenden dejarnos en silencio. Abortar todo lo que el sistema *hetero-winka-patriarcal*²⁹¹ ha hecho para colonizar nuestros cuerpos.”²⁹²

La *micropolítica* (entendida como acción directa en espacios locales) y el *trabajo desde la autonomía*²⁹³ (fuera de las instituciones reconocidas como opresoras: el Estado, los

(Santiago, Chile); una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); y una profesional de CONADI, 14 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

²⁸⁹ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2012). Asimismo, este elemento es detectado en las entrevistas realizadas a una integrante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); y dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁹⁰ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); “Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer” (Coordinadora 8 de marzo, 2012); “Declaración Abortista Marcha Aborto Libre 25 de Julio” (2013); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

²⁹¹ *Winka* o *winka* es una palabra proveniente del *mapudungún* (lengua del pueblo Mapuche) que ha sido utilizada para representar “lo chileno” y su cultura occidental. Con la idea de un sistema *hetero-winka-patriarcal* se nombra la articulación de relaciones de poder vinculadas al “género”, la “raza” y la “sexualidad”.

²⁹² Texto: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2012:1).

²⁹³ Esta propuesta puede vincularse a lo planteado por Silvia Rivera Cusicanqui. Para mayor información ver: Rivera Cusicanqui, Silvia (2015, 22 de octubre). Conferencia “Micropolítica y autonomía”, *Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=ngB11yagFhY>

partidos políticos, etc.)²⁹⁴ adquieren centralidad²⁹⁵. El propósito es generar cambios culturales a “pequeña escala”, que permitan cuestionar la norma social e instalar nuevos temas y lógicas de entendimiento de la sociedad y de la sexualidad misma. Sólo un cambio cultural que se inicie a nivel “micro” podría sentar la base necesaria para transformaciones “macropolíticas”²⁹⁶.

Ligado a lo anterior, se proponen *estrategias de infiltración*, es decir, asimilarse en determinado contexto para tener alguna incidencia en los debates públicos²⁹⁷. Si bien se defiende la autonomía, se reconoce que el cerrarse al diálogo con instituciones como el Estado, no es del todo productivo. Se asume que quizás los discursos más “rupturistas” no permearán inmediatamente las políticas públicas, pero que amerita hacerlo para generar transformaciones futuras. El sólo hecho de diversificar el debate podría generar transformaciones conceptuales y culturales, que permitan cuestionar las creencias hegemónicas. Aunque se entiende que el Estado no dejará sus dinámicas opresivas, se cree necesario demandar y exigir al Estado modificaciones mínimas a la legislación, para hacer la vida de las mujeres más “vivibles”²⁹⁸.

Como manifiesta una integrante de Línea Aborto Libre²⁹⁹, “las políticas públicas te pasan por el cuerpo. Una puede tener una postura anti-estado, pero tienes que relacionarte [con las políticas], porque (...), por ejemplo, si el aborto está prohibido, eso me afecta a mí, le afecta a mi hermana, le afecta a mi mamá, nos afecta a todas”. De este modo, la *infiltración* es una estrategia en la que se adopta un lenguaje determinado (de derechos humanos, democracia o ciudadanía) con el propósito de generar cambios en la política nacional que beneficie a las mujeres.

Finalmente, se reconoce como fundamental, para hacer frente a las diferentes instituciones y discursos opresores, *la generación de redes de solidaridad entre mujeres*. Esta estrategia apela a dos elementos: crear canales alternativos (o no institucionalizados)

²⁹⁴ Esta información se vincula a las entrevistas realizadas a una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile).

²⁹⁵ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2012); “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas” (ANAMURI, 2013); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

²⁹⁶ Esta información se vincula a las entrevistas realizadas a una integrante del Colectivo La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁹⁷ La terminología y conceptualización de “micropolítica” e “infiltración” se han tomado de la entrevista realizada a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

²⁹⁸ Textos: “Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer” (Coordinadora 8 de marzo, 2012); “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas” (ANAMURI, 2013); y “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

²⁹⁹ Entrevista realizada el 22 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

por mujeres y para mujeres³⁰⁰, con el fin de resolver problemas urgentes sin necesidad de exigirlo al Estado (como la realización de abortos); y colectivizar ciertas reflexiones para detonar un paulatino cambio cultural³⁰¹. Ésta es la propuesta de Línea Aborto Libre y otras organizaciones feministas, que apoyan a mujeres para abortar en forma segura y autogestionada con misoprostol³⁰², promoviendo a la vez espacios de solidaridad, reflexión, debate, crítica y búsqueda de estrategias para subvertir los sistemas de dominación imperantes.

4.6.3 Actores llamados a la acción: La importancia de los actores locales

Como la micropolítica es central en este marco interpretativo, la acción de los actores locales es fundamental, sobre todo la de los colectivos de mujeres. El Estado y otras organizaciones (por ejemplo, los partidos políticos y la Iglesia), al ser representadas como instituciones opresoras, no debiesen entrometerse en las decisiones de las personas respecto de su sexualidad. En este sentido, se apela a la generación de redes autogestionadas que apoyen el ejercicio de autonomía sexual y reproductiva de los sujetos.

4.6.4 La propuesta de inclusión social del quinto marco interpretativo

En base a lo descrito, se evidencia que este marco interpretativo responde a un referente normativo *pluriversalistas*, al proponer la desestabilización de un sistema social que se considera opresivo, con el fin de permitir la emergencia de diversas moralidades y formas de vivir la sexualidad. No sólo restringida a la heterosexualidad y la procreación, sino más allá de la norma sexual impuesta.

La visión de sociedad sugerida por este marco apunta a lógicas *heterárquicas*, al reconocerse la importancia de articulación entre diversas organizaciones y grupos, para revertir un sistema social injusto. Al poner énfasis en la micropolítica, se habla de una sociedad descentrada (sin un eje rector), donde no existen estructuras jerárquicas, sino relaciones horizontales entre diversos actores.

Finalmente, la concepción de sujeto tendería hacia lógicas *interseccionales*, al intentar salir de una concepción inequívoca de sujeto (mujer y hombre “heterosexuales-reproductivos”) y reconocer las sinergias entre sistemas de dominación (patriarcado,

³⁰⁰ Este marco no descartaría del todo la participación de hombres, sino que entiende que la transformación cultural necesaria sólo podrá ser detonada por mujeres y hombres que sean capaces de renunciar a sus privilegios sociales.

³⁰¹ Textos: “Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (Línea Aborto Libre, 2011); “Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas” (ANAMURI, 2013); y la “Declaración Pública de la Coordinadora Feminista en Lucha” (2014).

³⁰² El misoprostol es un medicamento utilizado para la prevención y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales. En Chile, dada la penalización del aborto en todas sus formas, ha sido usado para inducir abortos autogestionados.

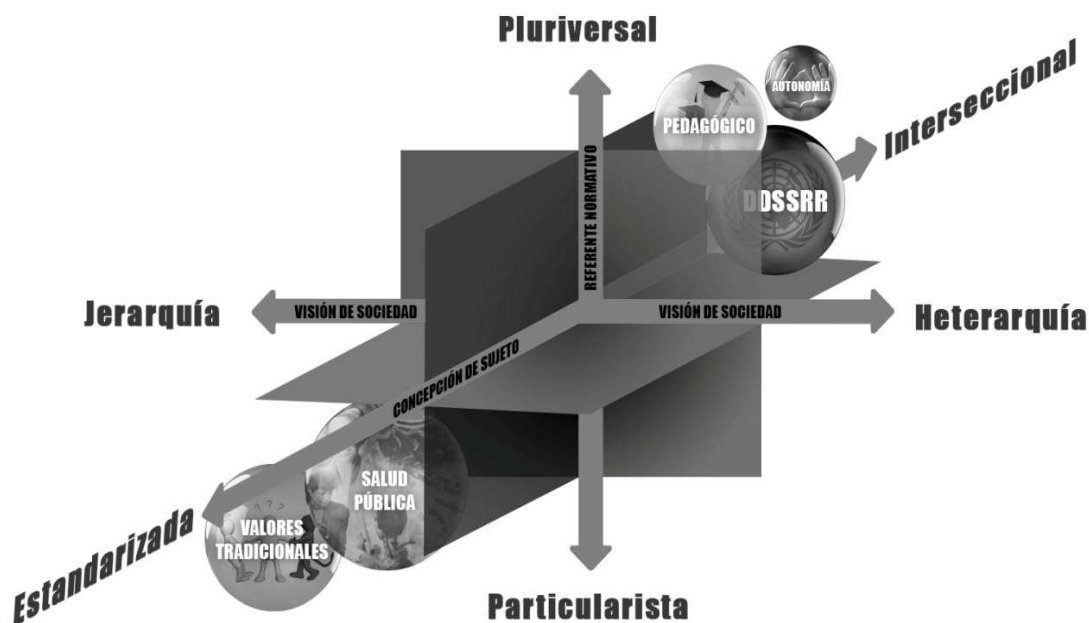
capitalismo y colonialismo) que producen dinámicas de exclusión particulares, que no pueden ser entendidas por separado. Así, este marco propone un sujeto diverso, que debe ser comprendido fuera de sus roles de género u otras concepciones hegemónicas (indígena, discapacitado, inmigrante, etc.). Por lo tanto, la noción de inclusión social propuesta por este marco estaría más próxima a lógicas *pluralistas*.

En base a las descripciones realizadas sobre los cinco marcos interpretativos hallados en el discurso de la política analizada, a continuación se presenta un cuadro síntesis sobre las nociones de inclusión social propuestas por cada uno (Cuadro 7) y una gráfica que muestra las coordenadas de éstos en función del modelo analítico propuesto por esta tesis (Ilustración 2).

Cuadro 7: La noción de inclusión social propuesta por cada marco interpretativo

Marcos Interpretativos	Elementos del modelo conceptual			Noción de Inclusión Social
	Referente Normativo	Visión de Sociedad	Concepción de sujeto	
<i>Asunto de salud pública</i>	Particularista	Jerárquica	Estandarizada	Tendencia a lógicas de asimilación
<i>Formación en valores tradicionales</i>	Particularista	Jerárquica	Estandarizada	Tendencia a lógicas de asimilación
<i>Enfoque pedagógico</i>	Universalista; Pluriversalista.	Jerárquica; Heterárquica	Estandarizada; Interseccional	Tendencia a lógicas pluralistas
<i>Derechos sexuales y reproductivos</i>	Universalidad; Pluriversalista	Heterárquica	Estandarizada; Múltiple	Tendencia a lógicas pluralistas
<i>Autonomía, sexualidad y placer</i>	Pluriversalista	Heterárquica	Interseccional	Tendencia a lógicas pluralistas

Ilustración 2: Los cinco marcos interpretativos y sus propuestas de inclusión social



4.7 Conclusiones

A lo largo de este capítulo, se han descrito los cinco marcos interpretativos detectados en el discurso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, en los últimos 15 años, en base a un análisis crítico de marcos interpretativos sobre 40 textos seleccionados (Anexo N°4). De este modo, se han puntualizado los principales elementos de los siguientes marcos: Asunto de salud pública; Formación en valores tradicionales; Enfoque pedagógico; Derechos sexuales y reproductivos; y Autonomía, sexualidad y placer.

El marco de *Salud pública* estaría sustentado en un enfoque biomédico y de control de poblaciones, al representar la sexualidad vinculada casi exclusivamente con la reproducción y algunas enfermedades asociadas. Además, estaría presente, principalmente, en el discurso de actores como el MINSAL, algunos representantes de partidos de “centro-izquierda” y organismos académicos y ONGs del ámbito sanitario, que trabajan desde el enfoque de derecho e igualdad de género. El marco que alude a una *Formación en valores tradicionales* promueve una representación de la sexualidad inseparable de los valores tradicionales de la vida y la familia. Éste se ha hallado en el discurso de las iglesias cristianas, los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil que representan a grupos conservadores, e incluso del MINEDUC.

El marco que plantea un *Enfoque pedagógico* se centra en la formación en sexualidad, la que debiese permitir el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones. Éste se ha detectado en el discurso de actores gubernamentales (como MINEDUC) y actores de la sociedad civil (organizaciones académicas asociadas a la educación y organizaciones vinculadas al movimiento de la diversidad sexual). El marco de *Derechos sexuales y reproductivos* representa la sexualidad de manera integral e indivisible de la concepción de ciudadanía, por lo tanto asociada al ejercicio de DDSSRR que deben ser garantizados por el Estado. Éste estaría presente en el discurso de actores gubernamentales (como el SERNAM, el MINSAL y el MINEDUC, autoridades de gobierno y partidos de “centro-izquierda”) y actores de la sociedad civil, asociados al movimiento feminista y de mujeres, a organizaciones de la diversidad sexual y algunas organizaciones de la sociedad civil del ámbito de la salud y la educación. Finalmente, el marco sobre *Autonomía, sexualidad y placer* reivindica radicalmente la autonomía del cuerpo y la sexualidad más allá de la reproducción y las opresiones impuestas por instituciones como el Estado. Este marco se hallaría principalmente en el discurso de actores de la sociedad civil vinculados al movimiento feminista y de mujeres indígena.

Para complementar la caracterización de cada marco, este capítulo ha dilucidado la propuesta de inclusión social de cada uno, a partir de la inspección de los tres elementos que componen el modelo analítico que propone esta tesis (el referente normativo, la visión de sociedad y la concepción de sujeto). A partir de aquí, se ha evidenciado que los dos primeros marcos interpretativos tienden hacia lógicas de asimilación, mientras los otros tres se inclinan hacia ideales normativos más pluralistas. Para complementar este análisis, el próximo capítulo discute sobre la presencia de estos marcos en el discurso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, en los últimos 15 años, y sobre cuál sería la noción de inclusión social que subyace a ésta.

CAPÍTULO V:

LA PROPUESTA DE INCLUSIÓN SOCIAL DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE (2000-2015)

5.1 Introducción

Como el capítulo IV ha descrito los cinco marcos interpretativos detectados en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), éste discute sobre la noción de inclusión social que subyace a esta política, en base a la revisión de los tres elementos del modelo conceptual propuesto por esta tesis: el referente normativo, la visión de sociedad; y la concepción de sujeto (Sección 1.4.5). El capítulo retoma parte del análisis crítico de marcos interpretativos expuesto anteriormente (Capítulo IV) e incorpora el análisis temático sobre las entrevistas realizadas a actores gubernamentales y de la sociedad civil (Sección 1.5.3), que han estado presentes en el debate y/o se han interesado por la política estudiada³⁰³.

Con la información presentada en el capítulo, se busca responder cuatro de las pregunta específicas de investigación (Sección 1.3): a) ¿Cuál es la *visión de sociedad* que subyace al proceso de formulación de la política abordada?; b) ¿En qué medida se incorporan prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil en el proceso de formulación de esta política?; c) ¿Cuál es la *concepción de sujeto* que presupone la política analizada?; y d) y ¿En qué medida y de qué manera ésta ha integrado un enfoque de interseccionalidad del género con otros ejes de exclusión?

Este capítulo se ha dividido en cuatro secciones. La primera comenta sobre cómo han predominado *referentes normativos particularistas* en el debate sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile. Esto estaría dado por la supremacía de un discurso biomédico (Marco Interpretativo N°1) y un discurso conservador (Marco Interpretativo N°2), a pesar que diferentes actores (movimientos sociales, organismos internacionales y algunos actores al interior del Estado) han ejercido presiones para avanzar en materia de derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) (Marco Interpretativo N°3 y N°4). El segundo apartado explica cómo el proceso de formulación de la política abordada continúa reproduciendo una *visión de sociedad jerárquica*, aun cuando han existido

³⁰³ Cabe destacar que este capítulo, junto con integrar el análisis crítico de marcos a los 40 textos seleccionados (Anexo N°4) y el análisis temático del discurso a 33 entrevistas abiertas semi-dirigidas (Anexo N°6), integra información adicional, a partir de una revisión documental complementaria (a sitios web, leyes, proyectos de ley, periódicos, entre otros). Esto se hizo con el propósito de profundizar, ampliar y precisar la información proporcionada por las personas entrevistadas.

iniciativas tendientes a favorecer el diálogo entre los organismos gubernamentales y la sociedad civil. La tercera sección expone cómo la *concepción de sujeto* que subyace a la política se ha movido entre lógicas *estandarizadas y múltiples*, que no han explorado la posibilidad de la interseccionalidad. Finalmente, el capítulo retoma las principales ideas desarrolladas sobre el referente normativo, la visión de sociedad y la concepción de sujeto de la política analizada, para afirmar que ésta ha tendido a proponer una noción de inclusión social que se acerca más a lógicas de asimilación que a lógicas pluralistas.

5.2 Los referentes normativos: el predominio de lógicas particularistas

Este apartado ahonda en cuáles serían los marcos interpretativos predominantes en el contexto de la política analizada y qué fricciones pueden observarse entre éstos. Aquí se argumenta que los marcos con mayor presencia han sido aquellos que proponen *referentes normativos particularistas* (Marco N°1: *Asunto de salud pública* y Marco N°2: *Formación en valores tradicionales*), lo que ha limitado que otros proyectos ético-políticos sean visibilizados al interior del debate y ha dado paso a un *sistema de doble discurso* (Shepard, 2000), que crea una brecha entre el discurso público y lo que efectivamente la política pública estudiada brinda a la población. Para el desarrollo de argumentos se abordan tres secciones: la primera trata algunas de las fricciones entre los marcos interpretativos detectados en la política; la segunda habla de los discursos silenciados en el debate; y la tercera explica por qué podría afirmarse que la política plantea un *doble discurso*.

5.2.1 Marcos interpretativos predominantes y sus fricciones

De acuerdo a los textos analizados y los relatos de las/os entrevistadas/os, se percibe que los marcos interpretativos que predominan en la política estudiada son el primero, que impone un enfoque biomédico de la sexualidad, y el segundo, que vincula la sexualidad con valores tradicionales. Por un lado, la sexualidad suele reducirse meramente a la reproducción y, por otro, se enlaza necesariamente con los valores de la vida y la familia. Un ejemplo de la preponderancia del primer marco, es que las principales iniciativas en la materia han sido desarrolladas desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y han estado circunscritas especialmente al Programa de Salud de la Mujer. Como comenta una profesional de MINSAL³⁰⁴, desde el año 1997, el gran referente en salud sexual y reproductiva continúa siendo dicho programa, que centra su actuación en la salud reproductiva de las mujeres. A pesar de que éste ha sido actualizado³⁰⁵, desde un enfoque de derechos y una perspectiva de género, ha costado superar la lógica biosanitaria para

³⁰⁴ Entrevista realizada el 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁰⁵ En 1997 el Programa de Salud Materna y Perinatal pasa a llamarse Programa de Salud de la Mujer.

pensar en los DDSSRR³⁰⁶. La reformulación del Programa no ha sido realmente un avance, ya que las perspectivas de derechos e igualdad de género sólo están presentes en su marco conceptual y no han significado el desarrollo de medidas concretas, por lo que se continúan reproduciendo las actividades tradicionales asociadas a controles ginecológicos y de embarazos. El Programa de Salud de la Mujer:

“en su marco conceptual, puede parecer muy ‘de punta’, muy coherente con la equidad de género, con los derechos humanos, pero después, cuando hace operativas las acciones y actividades, son acciones para preocuparnos de un pedazo de las mujeres (...) Volvemos al útero, volvemos a la función reproductiva. Por lo tanto, es como una ‘declaración’, seguimos pensando en una mujer heterosexual y que está dispuesta a reproducirse”³⁰⁷.

A pesar de los acuerdos firmados y de las recomendaciones desde organismos internacionales, Chile aún no reconoce los DDSSRR. A pesar de que el Estado ha hecho explícito su compromiso por integrar el enfoque de derecho en su gestión, la política sanitaria ha tenido dificultades para incorporar a las mujeres y las/os jóvenes como ciudadanas/os con autonomía para la toma de decisiones sobre sus cuerpos³⁰⁸. En el ámbito de la discapacidad, por ejemplo, el discurso biomédico sobre la sexualidad es mucho más patente y la autonomía del cuerpo y el placer notoriamente más invisibilizados. Ni siquiera se ha aludido explícitamente la garantía de los DDSSRR a este sector de la población (por ejemplo, la ley sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad no incluye este aspecto³⁰⁹) y las iniciativas estatales en estos ámbitos se han centrado principalmente en la regulación de la fertilidad³¹⁰.

Por otro lado, el marco interpretativo de valores tradicionales se observa principalmente en el ámbito de la educación sexual, donde la figura de la familia ha tenido un rol predominante y, con ello, la promoción de la afectividad, la pareja única y el retraso de las relaciones sexuales. El marco de los DDSSRR (Marco Interpretativo N°4) y el que alude a un enfoque pedagógico (Marco Interpretativo N°3) han estado presentes, pero más como una “declaración de intenciones”³¹¹. El desarrollo de iniciativas desde estos

³⁰⁶ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y el 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 20 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y una profesional de la salud integrante de la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD), 6 de octubre (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁰⁷ Entrevista a una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁰⁸ Entrevista a una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁰⁹ Texto: “Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad” (MIDEPLAN, 2010) (Anexo N°4).

³¹⁰ Entrevistas a un profesional del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante del Colectivo Palos de Ciego (V Región), 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹¹ Entrevistas a un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA), 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

marcos se ha reducido a experiencias particulares, que no han sido implementadas a nivel nacional. Además, éstas no siempre han tenido continuidad ni impacto significativo (como las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad – JOCAS, y el Programa de Planificación de Educación en Sexualidad y Afectividad- PLANESA)³¹².

Como es perceptible en la redacción de textos sobre la política nacional de educación en sexualidad³¹³ –y como lo han corroborado algunas/os entrevistadas/os³¹⁴–, desde los años 90, hay un marcado discurso conservador en el Ministerio de Educación (MINEDUC), que ha ido de la mano de ministras/os pertenecientes al Partido Demócrata Cristiano (DC). Al respecto, una profesional del Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (PASA) comenta:

“El Ministerio de Educación siempre tuvo a Ministras Demócrata Cristiana, entonces había exigencias para nosotros, (...) había una cuestión de agenda [política] que siempre estaba un poco tensionada. Por ejemplo, nos exigieron que tuviéramos un curso sobre ética y un curso sobre familia, y se tuvo que hacer (...), pero además había temas, como el aborto, que no podíamos tocar”³¹⁵.

En MINEDUC es donde más difícil ha sido instalar un discurso de derechos humanos e igualdad de género³¹⁶ en el ámbito de la sexualidad. En MINSAL parece haber sido menos complicado, en parte por las presiones generadas desde organizaciones de la sociedad civil, que han congregado a profesionales de la salud y activistas feministas (por ejemplo, el Foro Red de DSSRR, ICMER y MILES-Chile), y la inclusión de profesionales y activistas feministas al ministerio, especialmente a partir del primer y segundo gobierno de Michelle Bachelet³¹⁷. Esto ha generado un choque de perspectivas entre MINEDUC y MINSAL, lo que ha dificultado el trabajo intersectorial, por ejemplo, para tratar la prevención del embarazo adolescente (Sección 5.4.3.2)³¹⁸.

La representación de la sexualidad como un tema valórico³¹⁹, promovida por grupos conservadores, ha sido un impedimento para, por ejemplo, integrar la educación en

³¹² Entrevistas a dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹³ Por ejemplo, los textos: “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Texto Guía para la autogestión” (MINEDUC, 1999); y “Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (MINEDUC, 2001) (Anexo N°4).

³¹⁴ Entrevistas a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); una profesional del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹⁵ Entrevista a una profesional del Programa PASA, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹⁶ Entrevista a una profesional del SERNAM, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹⁷ Entrevistas a una profesional de MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹⁸ Entrevistas a tres profesionales del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del SERNAM, 2 y 9 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³¹⁹ Los temas valóricos se comprenden como aquellos asuntos públicos que se vinculan a los valores morales. Este concepto tiende a ser ambiguo –al tener una aplicación acomodadiza–, pero es bastante utilizado en el

sexualidad en el currículum escolar e implementar ciertas medidas para la regulación de la fertilidad (como la anticoncepción de emergencia y el aborto terapéutico). El abordaje de la sexualidad como asunto valórico genera fricciones con los demás marcos interpretativos detectados en el debate, pues no sólo limita el reconocimiento de autonomía de las personas respecto de su propia sexualidad (Marcos interpretativos N°3 y N°4), sino que niega incluso la posibilidad de atender a problemas sanitarios reconocidos como urgentes (como el embarazo adolescente o la mortalidad materna por abortos provocados) (Marco interpretativo N°1). En estas fricciones se observa parte de la herencia de la dictadura militar, pues a pesar de que el Estado de Chile se define como laico, sigue sustentando un discurso conservador que posiciona a la institución de la familia (tradicional) como principio ético inquebrantable.

Asimismo, se evidencian fricciones entre el marco de *salud pública* y el que propone un *dispositivo pedagógico*. Como manifestó uno de los entrevistados³²⁰, uno de los principales propósitos de la educación sexual sigue siendo la prevención del embarazo adolescente y/o de enfermedades de transmisión sexual (ETS), más que formar a niñas/os, adolescentes y jóvenes que puedan ejercer su autonomía. Esto no sólo posiciona el problema de modo distinto, sino que además apunta a diferentes objetivos, que probablemente no puedan ser alcanzados. Si formamos a adolescentes para el desarrollo de reflexividad sobre su sexualidad, esto no necesariamente conduciría a reducir el embarazo adolescente, pues la intención es el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones, no el modelar (frenar o incentivar) determinada conducta³²¹. En este sentido, la representación de la educación sexual, en las políticas públicas chilenas, parte principalmente desde un interés sanitario –de prevenir un problema de salud pública e intervenir sobre una población “riesgosa”–, y no desde un interés formativo.

El énfasis de la política continuaría estando en el control de la sexualidad y del cuerpo, especialmente, de las mujeres en edad fértil. La política puede estar redactada en clave de derechos humanos (Marco interpretativo N°4) y/o en términos formativos (Marco interpretativo N°3), pero no ha podido desligarse de los dos cimientos que vertebran su discurso: el Marco interpretativo N°1: *Asunto de salud pública* y N°2: *Formación en valores tradicionales*. El énfasis de las iniciativas gubernamentales en la salud reproductiva de las mujeres responde a la supremacía de estos dos marcos. Las mujeres siguen siendo el foco de interés, al ser representadas como “mujer-madre” y como

discurso de los sectores conservadores en Chile, al interior y fuera del Estado, quienes lo asocian casi exclusivamente con los valores tradicionales (como la vida, la familia tradicional, la abstinencia, entre otros).

³²⁰ Entrevista a un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³²¹ Entrevista a un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

población vulnerable prioritaria (PVP) en términos sanitarios, sin reconocerse necesariamente su autonomía (Capítulo IV).

La predominancia de los dos primeros marcos interpretativos descritos favorece el abordaje de la sexualidad en sentido negativo: “una enfermedad por curar o prevenir”, desde el marco de *Salud pública*; y/o “una conducta a reorientar”, desde el marco de *Valores tradicionales*. La motivación de legislar o intervenir al respecto no surge desde el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión humana que debe ser promovida y apoyada, ni del reconocimiento de la autonomía de las personas. Por esta razón, el referente normativo sugerido por ambos marcos interpretativos es particularista, a la vez que proponen una relación social jerárquica. Ambos exhiben una norma social que reproduce binarismos (sano/enfermo, moral/inmoral) y una representación única de la sexualidad (ligada a la reproducción). Asimismo, ambos proponen la supremacía de ciertos actores (expertas/os en salud y defensoras/es de valores tradicionales, respectivamente), los que tendrían la capacidad de definir los problemas que afectan a la población nacional y las soluciones que los resolverían. Este escenario permite que sean anuladas otras opciones discursivas, al tiempo que se debilita el poder de injerencia de actores políticos con otras interpretaciones. En el siguiente apartado se reflexiona sobre cuáles serían los marcos interpretativos que estos discursos invisibilizan.

5.2.2 Los marcos interpretativos marginados

Los marcos interpretativos que cargan con referentes normativos particularistas tienden a restringir la emergencia de otros modos de vivir la sexualidad, la reproducción y la salud, y otras propuestas que se planteen críticamente ante estos discursos. De este modo, el quinto marco interpretativo (*Autonomía, sexualidad y placer*) escasamente alcanza a permear el debate público y a posicionarse en el proceso de formulación de las políticas públicas. Así, han quedado excluidas de la agenda pública demandas como: la despenalización del aborto en todas sus formas³²²; la reivindicación del placer, el autocuidado del cuerpo y el disfrute de la sexualidad fuera de estereotipos sociales³²³; la

³²² Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de la Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS), 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³²³ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una profesional del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, 19 de julio 2014 (Santiago, Chile); una docente universitaria que ha trabajado temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); una profesional de la Comisión Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

representación de la sexualidad alejada del acto procreativo³²⁴; y la sexualidad en personas con discapacidad³²⁵.

Asimismo, la visión occidentalizada de la salud, la sexualidad y la reproducción, que propone la política, desconoce y desvaloriza el conocimiento ancestral de los pueblos originarios (como el uso de hierbas medicinales, el vínculo entre ciclos lunares y menstruación, etc.)³²⁶. Aunque existe una Política de Salud y Pueblos Originarios impulsada por MINSAL (2006), que ha buscado la participación activa de organizaciones indígenas, la percepción es que es necesario profundizar la interculturalidad en el ámbito de la salud. Aún se conserva la asimetría entre el “saber médico” y el “saber indígena”, sin propiciarse sinergias, sino una relación suplementaria. Como comenta una entrevistada³²⁷, existen *puñeñelche* (partera mapuche) y *machis* (autoridad espiritual con amplio conocimiento en medicina mapuche) en algunos centros de salud públicos, pero no tienen el mismo reconocimiento que otros profesionales de la salud (por ejemplo, la retribución económica es mucho menor). Por lo tanto, existiría un reconocimiento parcial del derecho a la salud indígena. En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, la entrevistada agrega:

“Las *machis* tienen las hierbas adecuadas para impedir el nacimiento de un hijo no deseado (...) ¡Eso está! No tendríamos ni siquiera, de repente, que tener que estar hablando de aborto o hacernos esas operaciones tan invasivas (...) Pero no se ha llegado a ese nivel de compromiso de la gente del Ministerio de Salud, de tener una relación intercultural, sino que siempre las relaciones de ellos son piramidales y nosotros estamos en la parte de la pirámide más baja, no estamos arriba nunca”³²⁸.

La cosmovisión indígena de la salud, entre otras representaciones, queda supeditada a concepciones occidentales. A juicio de algunas entrevistadas³²⁹, esto no sólo responde a un modelo biomédico, sino también a un sistema neoliberal (al concebir la salud como un bien de mercado) y a las religiones (al regular las creencias particulares de las personas).

Otro ejemplo de experiencias y discursos que han estado ausentes de la agenda pública, es la sexualidad de grupos sociales no reproductivos o concebidos como asexuados (como

³²⁴ Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); entre otras (Anexo N°6).

³²⁵ Entrevista a un profesional del SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una docente universitaria que ha trabajado temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS), 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³²⁶ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago de Chile); y una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³²⁷ Entrevista a una integrante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago de Chile) (Anexo N°6).

³²⁸ Entrevista a una integrante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile).

³²⁹ Entrevista a una integrante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); y una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

las/os adultos mayores, las/os niñas/os y las personas con alguna discapacidad)³³⁰, por exceder las fronteras de una sexualidad entendida como acto procreativo entre adultos heterosexuales. Se volverá sobre este asunto más adelante, cuando se aborde la concepción de sujeto sugerida por la política (Sección 5.4.2).

De esta manera, se observa que, en el contexto de la política, la supremacía de los marcos interpretativos N°1 y N°2 –que exhiben referentes normativos particularistas y visiones de sociedad jerárquica— tiene un rol activo en la marginación de los discursos y proyectos ético-políticos que se plantean “fuera” de los propuestos por los marcos predominantes. Aunque algunas leyes o programas reconocen el respeto por diferentes creencias o preferencias en el ámbito de la sexualidad, aún subyace un sustrato restrictivo que evita que esta declaración pueda concretarse. Ligado a esto, en el siguiente apartado se comenta por qué podría afirmarse que la política analizada propone un *doble discurso*.

5.2.3 La percepción de un *doble discurso*

En Chile, se habla bastante del “doble estándar”, a veces, como rasgo característico de cómo funcionan las instituciones y cómo actúan las personas. Esta idea no ha estado alejada del cómo se hace política y el cómo se ha abordado la sexualidad en el espacio público; sobre todo, debido a la amplia influencia que ha tenido la religión católica en el actuar del Estado. La alusión a un *doble discurso* apareció en más de alguna entrevista³³¹ y éste es un concepto que ya ha sido trabajado por Bonnie Shepard (2000).

El *sistema del doble discurso* da cuenta de una brecha entre discursos públicos y prácticas privadas (Shepard, 2000). Éste, por un lado, defendería políticas públicas represivas o negligentes y, por otro, toleraría la existencia de mecanismos no oficiales –y a menudo ilegales— que hacen posible que, en el ámbito privado, las personas accedan a opciones más amplias respecto de su vida sexual y reproductiva. Ejemplo de ello sería el aborto, el que actualmente en Chile está penalizado, sin embargo se tolera su práctica clandestina. Muchas de las entrevistadas manifiestan su descontento al respecto³³², pues quienes sufren las consecuencias de esta penalización son aquellas mujeres de menores recursos, quienes mueren, son encarceladas o deben cargar con un embarazo no deseado. Mientras quienes tienen los medios económicos pueden recurrir al sistema privado de salud, para

³³⁰ Entrevista a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); entre otros (Anexo N°6).

³³¹ Por ejemplo, en las entrevistas a una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una representante de Católicas por el Derecho a Decidir, 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile).

³³² Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre (Santiago, Chile); entre otras (Anexo N°6).

acceder a los bienes y servicios que niegan las políticas públicas (por ejemplo, la anticoncepción de emergencia y la interrupción de un embarazo).

El movimiento feminista se ha encargado de evidenciar este *dobles discurso*, que impone la tradición católica en Chile, y que continúa estando presente en los planteamientos del Estado y en su forma de hacer política. Pero ¿qué otras formas puede tomar este *dobles discurso* en el contexto de la política estudiada? Un elemento viene dado por las fricciones y juegos de poder entre los cinco marcos interpretativos detectados en el contexto de la política (Sección 5.2.1), pero existen otras posibles explicaciones a este *dobles discurso*. A continuación se revisan algunos de los aspectos más relevantes obtenidos a partir del relato de las/os entrevistadas/os, que aluden a 1) la ausencia de una política que aborde la especificidad de la sexualidad y la reproducción; 2) una política que es más bien declarativa y escasamente operativa; y 3) una limitada coordinación entre la política a nivel central y el nivel local.

5.2.3.1 La “no-política” de salud sexual y reproductiva

Existe acuerdo entre algunas entrevistadas, vinculadas al activismo y a la academia feminista, respecto de la no existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva propiamente tal a nivel nacional³³³. Sólo existirían iniciativas aisladas desde el Estado, sin coherencia interna y que no abarcan todas las temáticas o aspectos de interés en la materia. Por ejemplo, Chile cuenta con el Programa de Salud de la Mujer, el Programa de VIH/Sida, las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad y un Plan Nacional de Educación en Sexualidad, entre otras. No obstante, estos no son propuestas integradas con una línea argumentativa clara. Al respecto una de las entrevistadas comenta³³⁴:

“El problema que tenemos en este momento es que se cruzan unas leyes con otras. Entonces, esta ley dice esto y esta otra ley dice esto otro ¿a cuál le hago caso?, ¿a la última? No sé ¿cuál tiene más valor? Ese es un tema. Entonces, (...) hay que denunciar a la fiscalía la actividad sexual de las personas menores de catorce años ¿Y se pensó en que a los catorce años ya hay adolescentes que están iniciando actividad sexual?, ¿tenemos que denunciarlas? Ahí estamos en el dilema”.

Asimismo, no se han establecido parámetros sobre los cuales definir qué se entiende por salud sexual y reproductiva, si son derechos y hasta qué punto el Estado es garante de éstos, cuáles son los objetivos prioritarios, cómo se deben brindar y exigir dichas prestaciones, entre otros aspectos importantes. Por ello, entre las entrevistadas, se alude

³³³ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile) (Anexo N°6).

³³⁴ Entrevista a una profesional de CEMERA, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

a una “no-política”, tras la cual existiría una intención política por omisión³³⁵ (o inacción), con propósito de negar la sexualidad y desconocer la autonomía de las personas, sobre todo de las mujeres y aquellas/os que ejercen sexualidades no-hegemónicas. La ausencia de una política pública integrada en estas materias ha generado brechas, por ejemplo, entre grupos de diversos estratos sociales. Lo que no está garantizado por la política — aquello que “calla la política”— es resuelto en el ámbito privado, dando pie a este *doble discurso*, del que habla Shepard (2000). Con ámbito privado, no sólo se hace referencia al Mercado (sistema de salud privado, empresas farmacéuticas, programas de educación sexual brindado por Asesoras Técnicas Educativas, etc.), sino también a aquellas necesidades y demandas que son cubiertas por redes familiares, comunitarias u otras redes de apoyo, como podrían ser las organizaciones de la sociedad civil (talleres sobre educación sexual a nivel local, talleres sobre aborto con pastillas, difusión e información sobre DDSSRR por parte de organizaciones feministas, etc.³³⁶). El aborto es el ejemplo más patente, pero también puede mencionarse la atención de la sexualidad en personas con diversidad funcional³³⁷ o la educación sexual en los establecimientos de educación formal³³⁸, que aún no son derechos garantizados por el Estado de Chile.

5.2.3.2 Una política retórica y escasamente operativa

Muchas/os de las/os entrevistadas/os, tanto al interior como fuera del Estado, han manifestado que una de las limitaciones de las iniciativas gubernamentales es que exhiben ciertos vacíos (de financiación, cobertura, monitoreo, falta de institucionalidad, etc.), que hacen que éstas sean meramente declarativas³³⁹. Aun existiendo leyes y programas nacionales que se amparan en un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género, estas intenciones no logran traducirse en medidas concretas. Esto apunta a un uso retórico de la política, una cierta “ficción” de tener derechos, sin existir los mecanismos necesarios para ejercerlos. Por ejemplo, aún no hay un reglamento, desde MINEDUC, para la Ley N°20.418 que plantea la obligatoriedad de la educación sexual para

³³⁵ Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³³⁶ Estas estrategias fueron mencionadas en las entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), del 19 de junio 2014 (Madrid, España); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype); y una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); entre otras (Anexo N°6).

³³⁷ Entrevistas a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una docente universitaria que ha trabajado temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³³⁸ Entrevistas a dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³³⁹ Entrevistas a una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype); una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una profesional del ámbito de la salud del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 20 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una profesional del SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile); entre otros (Anexo N°6).

alumnas/os de educación media. No se han establecido contenidos mínimos ni parámetros comunes para ello³⁴⁰. Asimismo, respecto de los siete programas de educación sexual del gobierno de Sebastián Piñera (Sección 3.3.3.5) no se tienen evaluaciones, ni siquiera se conoce cuántos establecimientos accedieron a estos³⁴¹.

Por otro lado, la capacitación de profesionales (de la salud y de la educación) y difusión de contenidos —en clave de derechos humanos, interculturalidad y género, por ejemplo—, aún es deficiente. Esta política no siempre ha contemplado la formación de profesionales y/o futuros profesionales, ni la difusión de iniciativas para que la población nacional esté al tanto de la situación³⁴². La política ha tenido dificultades para llegar a aquellos grupos más excluidos socialmente (con bajo nivel educativo, de lugares apartados, que hablen otras lenguas, con algún grado de discapacidad, etc.). Como expresa una entrevistada, los derechos parecen estar ocultos, “el lenguaje y la forma de entregar la información es distante (...), todo es tan académico, que al final la persona te escucha, pero no te entiende nada”³⁴³. Desde ahí ya existen limitaciones. No hay claridad respecto de cuáles son los DDSSRR, qué deberes tienen las personas, dónde se puede recurrir, entre otros aspectos. Igualmente, se pregona un discurso de integralidad en el abordaje de la sexualidad, cuando las iniciativas estatales han estado centradas principalmente en MINSAL y en la prevención y tratamiento de problemas de salud pública (embarazo adolescente, VIH/Sida, parto, etc.).

Algunas de las entrevistadas, que trabajaron y/o trabajan para organismos gubernamentales a nivel central, manifestaron que han existido propuestas interesantes para integrar una perspectiva de género y derechos humanos a las iniciativas de Estado, pero muchas veces no han contado con el debido presupuesto. Ejemplo de ello son los Espacios Amigables en Salud Adolescente³⁴⁴; la Unidad de la Mujer en la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)³⁴⁵; los Consejos de Género en los

³⁴⁰ Entrevistas a una profesional del SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴¹ Entrevista a un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴² Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una profesional de CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); la Coordinadora del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una profesional de CONADI, del 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile), entre otras (Anexo N°6).

³⁴³ Entrevista a la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype) (Anexo N°6).

³⁴⁴ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴⁵ Entrevista a una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y la Coordinadora del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

Ministerios³⁴⁶; el Control del Joven Sano³⁴⁷ y los siete programas de educación sexual propuestos por el gobierno de Piñera³⁴⁸. De modo que la implementación de estas medidas queda a voluntad de quienes tengan la potestad de tomar decisiones en diferentes niveles, como las/os ministras/os, las/os encargadas/os de programa y/o los equipos de trabajo a nivel local.

Los aspectos mencionados limitan que las propuestas de cada gobierno se institucionalicen, quedando como experiencias aisladas y con escaso impacto en el largo plazo. Los gobiernos no siempre tienen la obligación por ley (por reglamento, normativas, etc.) de continuar con las iniciativas, por lo que todo queda a discreción de las/os profesionales y políticos “de turno”. La política queda en un plano retórico, sin generarse las medidas necesarias (protocolos, presupuesto, evaluaciones, formación de profesionales, guías, difusión, etc.) que permitan darle sustancia para que efectivamente cumpla con sus objetivos. Como expresa una entrevistada³⁴⁹:

“en Chile se dictan normas retóricas, se dictan leyes (...) que establece componentes de política pública que, como no tienen recursos, nadie vela por ello. Por lo tanto, lamentablemente, esta ley [N°20.418] adolece del mismo problema: se dicta una Ley, consagra Derecho, [pero] no establece directamente las responsabilidades (...). Esto, al no estar consagrado en el marco legal, dificulta que aquellos servicios, que deben implementarlo, lo puedan hacer con la celeridad y la certeza jurídica que se requiere”.

Otro elemento que dificultaría la integración de una perspectiva de género y derechos humanos en la política, se refiere a la institucionalidad del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). El SERNAM, hasta antes de ser Ministerio (2015), fue una institución coordinadora de políticas más que de ejecución, es decir, sólo tenía la potestad de proponer lineamientos a las políticas sectoriales, sin existir la obligatoriedad de seguirlos. Así muchas veces la injerencia de este servicio público dependía de las voluntades políticas del momento³⁵⁰. A la vez SERNAM, al depender de un Ministerio (el Ministerio de Desarrollo Social), no siempre contaba con presupuesto suficiente para el desarrollo de sus funciones. En igual situación se encuentran otros servicios públicos³⁵¹, como la Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI), el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)³⁵². Esto comúnmente dificulta el incorporar las necesidades de

³⁴⁶ Entrevista a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴⁷ Entrevista a tres profesionales del INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴⁸ Entrevista a dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁴⁹ Entrevista a una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵⁰ Entrevista a una profesional SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵¹ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³⁵² El presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social (MDS), para el año 2014, fue de aproximadamente 529.497 millones de pesos chilenos (alrededor de 682 millones de euros), lo que equivale al 1,5% del presupuesto

determinados grupos sociales al proceso de las políticas públicas (la realización de diagnósticos, consultas, investigaciones y evaluaciones, la contratación de profesionales especializadas/os, etc.). Por estas razones, a menudo se generan ciertas contradicciones en el contexto de la política: se afirman determinados derechos, sin embargo, no se formulan los mecanismos o procedimientos suficientes para que éstos puedan ser efectivamente garantizados.

5.2.3.3 Escasa coordinación entre el nivel central y el nivel local

Otro de los elementos que permitiría que se dé este *doble discurso* en la política, es la escasa coherencia que existe entre los planteamientos definidos a nivel central y lo que sucede en el nivel local (regional o comunal). A pesar de que el Estado de Chile es un Estado unitario fuertemente centralizado, éste tiene limitaciones para exigir que las medidas definidas a nivel nacional sean aplicadas a nivel local, al menos en el ámbito de la salud y la educación. La municipalización de la salud y la educación³⁵³ ha permitido que cada establecimiento funcione de acuerdo a los intereses políticos de cada municipio, independientemente de que esto vaya o no en la línea definida por la política nacional. Una evidencia de esto es la anticoncepción de emergencia (AE), la que es un servicio contemplado por el Estado para ser provisto en servicios de salud primaria, de acuerdo a las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2006). Sin embargo, ha habido alcaldes de partidos conservadores (Renovación Nacional – RN y Unión Demócrata Independiente - UDI) que se han negado a brindar este servicio³⁵⁴.

Algo similar pasa con la educación sexual, existe un plan a nivel nacional que se posiciona desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y no discriminación, pero dada la municipalización de la educación y el principio de libertad de enseñanza –

nacional. De este porcentaje, el 55,6% estuvo dedicado exclusivamente a la erradicación de la pobreza y el 31,73% a promover la integración en la sociedad de mujeres (6,65%), jóvenes (1,08%), ancianos (4,08%), discapacitados (2,66%) y pueblos originarios (17,26%), y un 13,01% al micro emprendimiento. Canelo, Pablo (2014). *Presupuesto 2014: Ministerio de Desarrollo Social (MDS)*. Comisión de Análisis de Presupuesto Nacional 2014. Instituto de Ciencias Alejandro Lipschutz (ICAL). Recuperado en: <http://www.ical.cl/wp-content/uploads/An%C3%A1lisis-Presupuesto-2014-Ministerio-de-Desarrollo-Social.pdf> (último acceso el 12 de diciembre 2015).

Al respecto, la presidenta Bachelet presentó el Proyecto de Ley de Presupuesto 2015 (aprobado en noviembre 2014), el que buscó incrementar el porcentaje del presupuesto nacional destinado a gasto social (a un 68%). Esto implicó una variación del 13,8% del presupuesto del MDS, en comparación al año anterior. El porcentaje destinado a: adultos mayores aumentó en un 20,7%, juventud en un 21,75%, población con discapacidad en un 9,7%, y pueblos indígenas en un 65,6%. Ministerio de Desarrollo Social (2014, 7 octubre) *Presupuesto 2015: 68% se destina a gasto social*. Recuperado en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/noticias/2014/10/07/presupuesto-2015:-68%25-se-destina-a-gasto-social-> (último acceso el 12 de diciembre 2015).

³⁵³ Cabe recordar que, durante la dictadura militar, la administración de los establecimientos de salud y educación pública pasan, desde nivel central, a los municipios (Sección 3.2.2).

³⁵⁴ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una representante de Católicas por el Derecho a Decidir, 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); entre otras (Anexo N°6).

consagrado en la Ley General de Educación (LGE) —, el MINEDUC no tiene injerencia respecto de los contenidos y metodologías utilizadas en los establecimientos educacionales. Sólo puede sugerir. De esta manera, hay disparidades en cómo las/os adolescentes reciben esta formación, si es que la reciben³⁵⁵. Esta disparidad también responde a los recursos económicos con los que cuentan los establecimientos, lo que propicia una garantía de derechos en desigualdad de condiciones. En la ausencia de una política que defina orientaciones técnicas y un presupuesto para ello (Sección 5.2.3.2), se ha creado un “mercado de expertos” en educación sexual —a partir de Asesorías Técnicas Educativas (ATEs) —, donde las escuelas invierten recursos propios o las subvenciones estatales asignadas (como las definida por la Ley de Subvención Escolar Preferencia - SEP) para contratar organismos externos que brinden esta formación³⁵⁶.

La política nacional queda a discreción de las municipalidades y los directivos de establecimientos educativos, quienes establecen qué medidas acatan y cuáles no, de acuerdo a sus recursos e intereses locales, aunque estas sean un derecho reconocido por ley. Como manifiesta una profesional del MINEDUC³⁵⁷:

“se dan cosas tan paradójales como que, en la comuna de ‘Lo Prado’ y en ‘La Florida’, hay establecimientos educativos que tienen dispensadores para entregar condones, tienen una sala donde entregan educación sexual, etc. (...), pero hay otras comunas en las que está prohibido prácticamente (...) hablar del tema de sexualidad, o lo abordan —porque el sostenedor lo decidió así— de una manera bastante más conservadora.”

En la misma línea, una profesional de SERNAM comenta³⁵⁸:

“no es que el programa de salud sexual y reproductiva o de la mujer sea distinto para la comuna de ‘La Reina’ que para la comuna de ‘Pudahuel’, pero claramente llega distinto. La calidad es distinta, la disposición es distinta, los tiempos de dedicación son distintos, las necesidades que cubre, seguramente, van a ser distintas, porque tiene que ver también con un tema económico”.

Otro ejemplo —referenciado en el Capítulo III y mencionado por algunas entrevistadas³⁵⁹— sería la alusión a la objeción de conciencia por el Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para negarse a practicar abortos terapéuticos en los centros de salud dependientes de la institución, incluso si se aprueba el proyecto de ley al respecto. Este tipo de situaciones genera que la política a nivel nacional se “manifieste” de manera desigual en el espacio local. Ante estas evidencias, cabe preguntarse sobre qué

³⁵⁵ Entrevista a dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); un representante del MOVILH, el 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵⁶ Entrevista a dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵⁷ Entrevista realizada el 27 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵⁸ Entrevista realizada el 2 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁵⁹ Entrevistas a una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

mecanismos serían necesarios para que una política en el ámbito de la salud sexual y reproductiva permitiese resolver este tipo de conflictos, donde las voluntades políticas a nivel local no limitasen lo definido por la política nacional: ¿Qué características debiese tener esta política para evitar una garantía desigual de los derechos reconocidos por ley?

La política estudiada, a pesar de integrar un lenguaje de derechos, aún no ha podido hacer efectivas determinadas garantías en el ámbito de la sexualidad. Aunque han existido propuestas desde la sociedad civil (como el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos) e intenciones por parte de algunos gobiernos (por ejemplo, las Normas nacionales de regulación de la fertilidad), los referentes normativos que predominan en el discurso de la política continúan siendo particularistas (Marcos Interpretativos N°1 y N°2), lo que limita que diversos modos de vivir la sexualidad y diferentes proyectos ético-políticos tengan cabida. Las tensiones exhibidas entre estos marcos interpretativos dan origen a un *doble discurso*, lo que a la vez es producto de la ausencia de una política integral sobre salud sexual y reproductiva; el planteamiento de una política más bien retórica y escasamente operativa (sin presupuesto suficiente, sin reglamento, etc.); y una escasa coordinación entre el nivel central y el nivel local, lo que se vincula con limitaciones institucionales y constitucionales (por ejemplo, la municipalización de la salud y la educación). En el siguiente apartado se revisa cómo la predominancia de referentes normativos particularistas, en la política analizada, se vinculan además a la propuesta de una visión de sociedad jerárquica.

5.3 La visión de sociedad: una propuesta que perpetúa la jerarquía

Como se expuso en el apartado anterior, el referente normativo de la política analizada ha seguido principalmente lógicas particularistas, ligadas a la medicina occidental y la moralidad católica. Esto se debe a una dinámica particular entre actores políticos que tiende a la jerarquía, aunque —desde el año 2000— se ha instalado un discurso a favor de la participación de diversos actores en el proceso de formulación de las políticas públicas. A continuación se expone por qué la visión de sociedad propuesta por la política de salud sexual y reproductiva en Chile tendería —de acuerdo a los relatos de las/os entrevistados/as— a dinámicas jerárquicas y por qué las iniciativas desde el Estado no han permitido avanzar hacia lógicas más heterárquicas. Para el desarrollo del argumento, se mencionan algunos de los elementos que generarían esta contradicción, lo que también puede ser percibido como un *doble discurso*.

5.3.1 Participación como recurso retórico

Como se ha comentado en el Capítulo III, desde el año 2000, los gobiernos han generado modificaciones legislativas a favor de la participación ciudadana. Entre ellos destacan la

Reforma Sanitaria, con la Ley N°19.937 (2004), que crea los Consejos Consultivos en Salud; y la Ley N°20.500 (2011), que obliga a los organismos de Estado a cumplir con ciertos mecanismos de participación. En el contexto de la política de salud sexual y reproductiva, los mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil más relevantes han sido los Consejos Consultivos en Salud, específicamente el Consejo de Género (2007) y el Consejo de Jóvenes y Adolescentes (2010). No obstante, existe descontento con los espacios de diálogo propuestos por los gobiernos, principalmente, por no ser operativos ni resolutivos.

Entre algunas/os entrevistadas/os (de organizaciones de la sociedad civil y organismos gubernamentales) existe la percepción de una *pseudo* participación y de que las decisiones siguen siendo tomadas por “unos pocos”, que se encuentran alejados de la realidad de la población. De esta manera, también se abre una brecha que da paso a un *doble discurso*, donde el “planteamiento oficial” de los gobiernos ha sido ampliar la base ciudadana de la política para que ésta tenga representatividad, pero éste sólo ha sido un recurso retórico que no tiene el suficiente sustento institucional ni legal. A continuación se repasan algunos elementos que dan forma a estas opiniones, los que se refieren a i) la escasa institucionalización de las instancias de diálogo; ii) el carácter meramente consultivo de estos espacios; iii) la minimización del conflicto en el diálogo; iv) la exclusión de mujeres y sujetos diversos de estas instancias; v) la supremacía de un “saber técnico”; vi) la necesidad de recurrir al *lobby* ante la falta de mecanismos de diálogo efectivos; y vii) la preeminencia de una *política de consensos* a nivel nacional, que limitaría que la política estudiada sea representativa de los intereses de diversos actores.

5.3.1.1 La escasa institucionalización de los espacios de diálogo

A pesar que existen mecanismos de participación institucionalizados, como los Consejos Consultivos en Salud, no todos los espacios de diálogo planteados por los gobiernos lo están ni son frecuentes. Muchas veces la continuidad, la periodicidad, el nivel de resolución, la convocatoria y el nivel de injerencia de estas instancias quedan a la voluntad política del momento. Los temas a discutir y los documentos a trabajar en estos espacios son definidos previamente. Las/os encargadas/os de la convocatoria deciden en qué marcos se mueve la discusión y cuál es el arco de contingencia de las propuestas que pueden ser generadas allí³⁶⁰. Por otro lado, a estos espacios no siempre se les asigna el debido presupuesto –sobre todo en aquellos que dependen de servicios públicos como

³⁶⁰ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

SERNAM, CONADI e INJUV³⁶¹— ni hay claridad sobre plazos, metas y evaluaciones.

Como comenta una entrevistada:

“[La Corporación] Humanas participaba, por ejemplo, del Consejo Consultivo de Salud, de instancias de participación convocadas por el Servicio Nacional de la Mujer y Cancillería en su momento. Siempre, cuando estas instancias están y son abiertas y públicas, Humanas ha sido considerada y ha participado y ha dado su opinión, pero ha habido dificultad en los gobiernos para constituir instancias de participación que tengan metas concretas, plazos y mecanismos de evaluación³⁶².”

Por otra parte, si bien los Consejos Consultivos cuentan con reglamento para su funcionamiento, la mayor parte del tiempo, su ejercicio queda a discreción de la persona a cargo. Como declara una profesional de MINSAL³⁶³, frecuentemente los Consejos en Salud sólo se quedan en la evidencia de algún problema y no generan propuestas, por lo que, si un/a encargada/o de Consejo no cuenta con el compromiso suficiente ante algún tema o no tienen interés de generar una dinámica participativa, el Consejo puede no cumplir con el propósito dispuesto por ley. Esta situación se agrava al aludir a otras instancias que no están institucionalizadas. Al respecto, una profesional de CONADI manifiesta³⁶⁴:

“El año 2012, tratamos de constituir una mesa de salud intercultural y género. En esa mesa pudimos trabajar casi un año con temas de violencia y queríamos adentrarnos a estas materias [de salud sexual y reproductiva], pero no alcanzamos, no dio el tiempo, además en la institucionalidad pública pasa mucho eso de la sensibilidad que hay en el momento.”

Al no existir directrices claras sobre la operatoria, los propósitos y el seguimiento de estos espacios, es posible adaptarlas a intereses políticos particulares, lo que limita la efectividad de estas instancias de participación. Una evidencia de esto, de acuerdo a lo expresado por profesionales de la administración pública³⁶⁵, es lo que ocurrió durante el gobierno de Sebastián Piñera. En este periodo, los mecanismos de participación fueron más bien nominales y tendieron a no potenciar dinámicas participativas, su existencia estaba más ligada al cumplimiento de un mínimo que al logro efectivo de objetivos.

5.3.1.2 Mecanismos consultivos: espacios de diálogo no vinculantes

Otra limitación de los espacios de interlocución propuestos por el Estado es que, por ley, sólo son consultivos. Por lo tanto, los acuerdos generados en éstos no necesariamente son integrados a las políticas públicas y las organizaciones de la sociedad civil que allí participan no tienen injerencia en la toma de decisiones. Algunas profesionales de INJUV,

³⁶¹ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³⁶² Entrevista a una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁶³ Entrevista del 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁶⁴ Entrevista del 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³⁶⁵ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014; dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014; y tres profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio y 22 de septiembre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

SERNAM y MINSAL³⁶⁶ comentaron que no siempre las propuestas emanadas de estos espacios nutren la política o los programas a nivel nacional. Al no observarse la incidencia política ni logros concretos, la percepción generalizada es que se consulta sólo porque es “como debiesen hacerse las cosas”, no porque la participación ciudadana sea un componente fundamental del proceso de (re)formulación de las políticas públicas. Como comenta una entrevistada activista del movimiento de mujeres mapuche³⁶⁷:

“Es que no son vinculantes ¿qué ganas tú en la consulta? si finalmente tienes que llegar a tribunales para hacer valer la decisión, y a veces ni siquiera sucede. Es la consulta, pero no es la decisión. Tú puedes decir que ‘no’, pero ¿si estás en contra del Estado? La ley del Estado es la ley superior, está por sobre la tuya.”

Para algunas organizaciones feministas, la invitación a este tipo de actividades es vista como “una diplomacia”, como una apariencia respecto de que se está escuchando a la sociedad civil y a las mujeres, pero que, en el fondo, al Estado no le interesa el diálogo³⁶⁸. El tipo de participación “no es profunda, no es de verdad, no es transparente, es una máscara”³⁶⁹. Ésta sería una de las manifestaciones de cómo el diálogo se despolitiza y se burocratiza, al ser funcional al sistema político actual, como una “meta a cumplir” o por un mandato moral. Estos mecanismos tienen márgenes de acción limitados que no parecen ser capaces de respaldar procesos de participación activa, propositiva y que forme parte de la toma de decisiones (Matamala, 2007). Esta situación ha generado desencanto entre algunas organizaciones de la sociedad civil, quienes prefieren restarse al constatar que no se generan cambios, que el opinar o participar de estas instancias no tiene incidencia política, y que las grandes decisiones son tomadas a “puerta cerrada”. Por otro lado, las organizaciones que continúan participando de los espacios de diálogo existentes, lo hacen con la expectativa de tener incidencia en la política de Estado, aunque esto se posicione sólo como un propósito difícil de alcanzar³⁷⁰.

5.3.1.3 Minimización del conflicto

Como el Estado define a qué organizaciones convocar a los espacios de diálogo que precisa, no siempre todas las perspectivas sobre un asunto están contempladas. En opinión de integrantes de CUDS y Línea Aborto Libre³⁷¹, esta situación se debe a dos factores: por un lado, el Estado no está interesado realmente en la participación y mucho menos de aquellos grupos más disidentes; y, por otro, las mismas organizaciones son las que se

³⁶⁶ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional SERNAM, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁶⁷ Entrevista a una representante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁶⁸ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); y una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁶⁹ Entrevista a una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile) (Anexo N°6).

³⁷⁰ Entrevista a la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³⁷¹ Entrevista del 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6)

restan, en función de la autonomía y/o la poca confianza en estas instancias. Respecto al primer punto, se asume que el Estado cuenta con que aquellos grupos “más molestos” no asistan a este tipo de actividades. Se suele invitar sólo a algunas organizaciones —como las organizaciones feministas menos hostiles—, y en ocasiones únicamente a aquellas de tipo más “tradicional”, como las Juntas de Vecinos, que no generan mayores resistencias a las iniciativas de gobierno. Una de las entrevistadas —asociada al activismo feminista y aymara³⁷²— comenta que las reuniones propuestas desde SERNAM responden a un modo específico de entender la participación, que es funcional a los intereses de gobierno y donde el conflicto se reduce al mínimo. Al Estado no le interesaría despertar fricciones, con lo que asumiría la “diferencia/disidencia” como algo indeseable (Young, 1990/2000). Por ello no matizaría los espacios de interlocución Estado-sociedad civil con organizaciones que represente diferentes posturas, negando la pluralidad. La percepción es que no habría un verdadero interés de diálogo que derive en acuerdos, ya que la consulta representaría más una complicación que una necesidad.

5.3.1.4 No se ha integrado a la diversidad de mujeres

Otro aspecto manifestado por las entrevistadas³⁷³, que se vincula con el anterior, se refiere a la no inclusión de mujeres diversas en el debate sobre la salud sexual y reproductiva, en general, y al aborto, en particular. Se considera que para generar una política que integre a diferentes sujetos a su formulación, se debe contar con la participación de esta pluralidad (mujeres en situación de discapacidad, mujeres indígenas, mujeres lesbianas, mujeres no-indígenas, mujeres afrodescendientes, etc.) y sólo así ésta podría responder satisfactoriamente a las necesidades de las mujeres. El Estado, por sí mismo, no tiene las competencias para generar una política nacional, porque en él no están representados todos los grupos de interés ni la diversidad poblacional. Por esto es pertinente conocer cómo viven la sexualidad y cómo toman las decisiones distintos grupos sociales, los que finalmente serán las/os usuarias/os de la política. De lo contrario, se da cabida a una imposición de conceptos y a la invisibilización de vivencias diversas. Como comenta una activista feminista aymara³⁷⁴:

“una política diversa, es una política desde la participación plena y efectiva de las mujeres, las mujeres indígenas, las no indígenas, afrodescendientes, lesbianas y todo lo que tenga que ver con la diversidad que hay de mujeres (...), respetando primero esa diversidad, podemos construir una política diversa, multicultural, y recién que todas podamos construir esa política, en conjunto, puede funcionar”.

³⁷² Entrevistas del 19 de junio 2014 (Madrid, España) (Anexo N°6).

³⁷³ Entrevistas a una activista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una representante de la Red de Mujeres Mapuche, Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype); y dos integrantes de de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁷⁴ Entrevistas del 19 de junio 2014 (Madrid, España) (Anexo N°6).

La percepción de las cuatro mujeres indígenas entrevistadas³⁷⁵, es que sólo se les consulta sobre temas relacionados a pueblos originarios (por ejemplo, cultura y territorio), como obliga la Ley Indígena (Art. 34), y se les excluye de otros debates de interés nacional. Una prueba de esto sería el proyecto de ley sobre aborto presentado por el Ejecutivo (2015), del que manifiestan no haber sido partícipes, cuando la interrupción del embarazo con hierbas medicinales es una práctica presente al interior de las comunidades. Asimismo, entre las entrevistadas se menciona que las organizaciones sociales de regiones no son convocadas a los espacios de consulta a nivel nacional, por lo que aquellas agrupaciones ubicadas en la capital³⁷⁶ adquieren mayor protagonismo.

5.3.1.5 La supremacía de un “saber técnico”

De acuerdo a lo expresado por las/os entrevistadas/os, tanto al interior como fuera del Estado³⁷⁷, el conocimiento técnico ha tendido a estar más valorado, socialmente y por los gobiernos, que aquel saber que surge desde la experiencia³⁷⁸. Tanto en el ámbito de la salud como en el de la educación ha primado la consulta a grupos de expertas/os, lo que ha mermado un enfoque integral y ha relegado la participación de las organizaciones sociales que representan a sectores específicos de la sociedad (mujeres indígenas, mujeres inmigrantes, etc.). Como comenta un integrante de MOVILH³⁷⁹:

“Generalmente, el Estado, en el ámbito educativo (...) tiende a tener fuentes académicas, a especialistas con trabajos de la alta academia y, a veces, tiende a olvidarse, o no considerar las voces de las comunidades, porque no están especializadas. Entonces, ese vicio, que para algunas cosas puede ser válido, aquí termina siendo para todo evento válido. Eso perjudica mucho una mirada más integral.”

En el campo de la educación sexual ha primado la participación de expertas/os y organismos académicos en la generación de la política nacional y los programas a implementar (como las ATEs y las Universidades). Lo mismo ha pasado en el ámbito de la salud, donde el primer “filtro” de la política suelen ser los grupos de expertas/os, quienes levantan una propuesta que luego es revisada por las comunidades y/o las/os potenciales usuarias/os (como las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad y la Política de Salud y Pueblos Indígenas). Los centros académicos y/o las ONGs

³⁷⁵ Entrevistas a una activista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una integrante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

³⁷⁶ Entrevistas a una activista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype); y una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁷⁷ Entrevista a una activista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una profesional de MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); un integrante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype) (Anexo N°6).

³⁷⁸ El conocimiento que proviene de los grupos sociales y que no necesariamente cuenta con respaldo académico.

³⁷⁹ Entrevista del 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

especializadas, entonces, han sido los actores de la sociedad civil que mayor injerencia han tenido, como expertos técnicos, en el proceso de formulación de las políticas públicas, pero no necesariamente como representantes de los intereses de los distintos grupos sociales (Ríos, 2000). A partir de esto, se tiende a desvalorizar la participación de aquellas organizaciones “no-expertas”, lo que contribuye a despolitizar el diálogo, para convertirse en un procedimiento más bien burocrático³⁸⁰.

Frente a esto, algunas/os entrevistadas/os plantean la necesidad de integrar el conocimiento que surge desde la experiencia al proceso de formulación de la política. Como expresa una activista feminista afrodescendiente³⁸¹, en relación al debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo:

“hay que recopilar este tipo de experiencia, porque, por lo general, las políticas se hacen en base a lo que viven unas cuantas personas (...), que no es el mundo en que vivimos la mayoría. (...) sería necesario conversar con esa gente y, así, como le han dado la oportunidad a las mujeres que han decidido mantener su embarazo (...) también hacerlo con las mujeres que han decidido abortar”.

Esta interpretación no pasa por la confrontación del “saber técnico” y el “saber experiencial”, sino por una intención de visibilizar la necesaria articulación entre ambos para avanzar en la representación de los diferentes intereses y demandas que circulan en la sociedad. Al respecto una entrevistada comenta³⁸²:

“es súper importante la gente que tenga experiencia, junto con el conocimiento, obvio. Pero, la experiencia es básica, porque hay cosas que tú no vas aprender con la teoría (...) Entonces, hago un *focus [group]*, y lo pregunto, con lo que va a ser mi población, para ver si estoy bien o no. Si estoy generando política para trabajar con jóvenes, no puedo no tener jóvenes en mi equipo; si estoy pensando que esas políticas sean inclusivas con la diversidad sexual, con el género, con la etnia, tengo que tener representantes de esos colectivos en mi equipo”.

En la misma línea, una profesional de SENAMA manifiesta³⁸³:

“Es mucho más sencillo si tú estás hablando, por ejemplo, de la contracepción, de la prevención, o la ‘píldora del día después’, pero si vamos a hablar de sexualidad, es necesario tener mucha más información sobre lo que la gente piensa, siente, teme, de sus experiencias, de sus represiones, etc. (...) primero oír, recoger, alimentar esa política pública, es clave (...) Sin ello, se corre el riesgo de generar cuestiones que no siempre responden a las realidades de las personas, o a veces van en contradicción con ellas.”

En este sentido, las experiencias desarrolladas desde MINSAL, respecto del Programa de Salud y Pueblos Originarios³⁸⁴ (2006) y la actualización del Programa de Salud

³⁸⁰ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); y una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista (V Región), 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile) (Anexo N°6).

³⁸¹ Entrevista a la Presidenta del Colectivo de Mujeres Afrodescendiente LUANDA, 21 de julio 2014 (Vía Skype) (Anexo N°6).

³⁸² Entrevista a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁸³ Entrevista del 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁸⁴ Entrevista a una profesional MINSAL, 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Adolescente³⁸⁵ (2010), han sido iniciativas interesantes, pues han contado con la participación de expertas/os y representantes de organizaciones territoriales (de comunidades indígenas y jóvenes, respectivamente). No obstante, esta experiencia no se ha implementado con otros grupos de la población ni en el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el segundo gobierno de Michelle Bachelet manifiesta tener el interés de hacerlo³⁸⁶.

5.3.1.6 El lobby y el poder de los recursos

Otro de los elementos que hace tambalear los postulados desde el Estado sobre participación ciudadana, en el proceso de formulación de la política analizada, es la mayor efectividad del *lobby*³⁸⁷ en comparación con otros mecanismos de diálogo. Como se comentó en el capítulo III, las organizaciones de la sociedad civil han tenido un rol importante en la generación de propuestas que han hecho avanzar, no sólo el debate sobre la sexualidad, sino las luchas particulares de las llamadas “minorías” en estos ámbitos. Estas organizaciones, desde la necesidad y la especificidad, han concebido nuevas apuestas. De esta manera, frente a la escasa efectividad de los mecanismos de participación definidos por el Estado, muchas/os de los entrevistadas/os –pertenecientes a ONGs y organizaciones sociales³⁸⁸–, han manifestado recurrir al *lobby* para presentar iniciativas e incidir en los estamentos gubernamentales (por ejemplo, entrevistarse con ministras/os, subsecretarias/os, parlamentarias/os, etc.).

Para tener mayor injerencia política, también se ha recurrido al trabajo en red (por ejemplo, para la redacción de informes colectivos), pero gran parte de esta labor ha implicado el establecer contacto con personas en cargos influyentes y establecer reuniones con representantes de los distintos gobiernos para posicionar temas de interés. Así lo ha hecho el MOVILH y ha logrado instalar algunas propuestas y obtener visibilidad política³⁸⁹, lo han hecho algunas organizaciones feministas que se han reunido con parlamentarias/os para posicionarse a favor del aborto³⁹⁰, lo han hecho organizaciones de la Red por la Vida y la Familia para frenar o dar curso a determinados proyectos de ley³⁹¹

³⁸⁵ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁸⁶ Entrevista a una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁸⁷ Se entiende por *lobby* todas aquellas gestiones destinadas a influir en algún estamento de la Administración Pública para promover los intereses de determinado/s grupo/s.

³⁸⁸ Entre las/os entrevistadas/os que manifiestan buscar espacios de diálogo alternativo, con las/os responsables de la toma de decisiones en las políticas públicas, se encuentran: un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Católicas por el derecho a decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile); y la Directora de la ONG Investigación, Formación y Estudios de la Mujer (ISFEM), 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁸⁹ Entrevista a un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹⁰ Entrevistas a una integrante de la Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹¹ Entrevista a una representante de ISFEM, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

y lo han hecho organizaciones de mujeres indígenas para poner en funcionamiento la Unidad de Género en CONADI³⁹², entre otros ejemplos.

Todas estas gestiones se hacen con recursos propios, por lo que no siempre es sencillo. Hay organizaciones que lo han tenido más difícil, como el Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS), organizaciones de mujeres indígenas u organizaciones feministas más pequeñas, que no han logrado incidencia, a pesar de tener propuestas. Como comenta una de las entrevistadas³⁹³, si tienes dinero puedes asistir a los espacios donde se discuten los temas (por ejemplo, las Comisiones parlamentarias), si asiste puedes opinar y si no, nadie defiende los intereses de los colectivos que no están representados. Existe la sensación que si no hay insistencia ni esfuerzos por formar parte de los espacios de decisión, nadie más articulará sus demandas. Por esto el *lobby* es importante. Los recursos propios de las organizaciones son fundamentales para poder, por ejemplo, movilizarse (como asistir a encuentros internacionales, a sesiones de Senado, a sesiones de Comisión en el Congreso, etc.) y movilizar otros recursos (medios de comunicación, contactos, generar evidencia sobre una problemática, etc.). Estos recursos parecen ser gravitantes para participar de espacios “informales” de incidencia en el proceso de las políticas³⁹⁴.

Ante esto cabe reconocer que aquellos grupos de interés con mayores recursos tendrían mayores posibilidades de incidir en las decisiones políticas relevantes. Por ello no sorprende que algunos sectores tengan mayor influencia en las iniciativas de Estado, en el ámbito estudiado, que otros (como los sectores conservadores). El nivel de injerencia, por ejemplo, podría estar dado por la posesión de recursos económicos o por la red de contactos (o vínculos políticos) que se tenga al interior del Estado. El uso y posicionamiento en los medios de comunicación de masas también es un recurso a favor de los grupos de interés que tengan acceso a ellos. Algunas/os de las entrevistadas/os³⁹⁵ han manifestado cómo algunas acciones de denuncia (por ejemplo, en contra de las JOCAS) o ciertas campañas (“pro-vida”) han sido promovidas por algunos medios de prensa ideologizados (como el periódico El Mercurio). Esta visibilidad mediática no sólo tendría impacto en la población en general, sino también en los tomadores de decisiones, en función de aminorar los conflictos al interior del gobierno o con otros actores políticos, y mantener su legitimidad ante otras bancadas.

³⁹² Entrevista a una integrante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹³ Entrevista a una representante de CIMUNIDIS, 14 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹⁴ Entrevistas a una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una representante de CIMUNIDIS, 14 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹⁵ Entrevistas a una representante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); y un profesional del Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Para algunas/os autoras/es, el *lobby* como forma de incidencia política burlaría los presupuestos de justicia social sobre la cual están construidas las democracias occidentales, alterando el funcionamiento democrático de la política, en desmedro de aquellos sectores con menos poder de influencia o que no tienen las redes ni los recursos para generar el *lobby* (Miranda, Mascareño, Pelfani y Rubilar, 2012). El resultado sería paradójico, pues “para lograr inclusión social formal por medio de políticas públicas, en muchas oportunidades hay que tomar parte de acciones de redes informales, lo que a la vez debilita el propio carácter procedimental y universalista de la inclusión por políticas públicas” (Miranda *et al.*, 2012:2). No obstante, la regulación del *lobby* —en Chile, a través de la Ley N°20.730 (2014) — ha reconocido este ejercicio como una actividad inherente a la vida moderna y a la toma de decisiones públicas, como parte legítima del sistema democrático (Correa, 2010).

5.3.1.7 Una política de consensos

Otro aspecto que limitaría un diálogo heterárquico entre diversos actores es lo que han llamado *política de los consensos*. Este elemento ha sido aludido explícitamente por un entrevistado vinculado al MOVILH³⁹⁶. Este modo de “hacer política” ha caracterizaría el cómo se formula la política pública a nivel nacional post-dictadura. No obstante, ésta —según algunas/os de las/os entrevistadas/os³⁹⁷— no ha sido efectiva, pues deja la sensación de “avances lentos” o “avances a medias”, que no resuelven los problemas de fondo y sólo generan la ficción de que el Estado se está ocupando de las necesidades de la población.

Las fricciones ideológicas presentes en la “alta política” (en el Parlamento, los gobiernos y entre partidos políticos) serían las que limitan que la sexualidad se aborde frontalmente como tema público, donde el Estado debiese garantizar ciertos mínimos éticos (por ejemplo, la no discriminación por orientación sexual). Estas fricciones darían pie a discusiones ideológicas interminables que no deriva en soluciones pertinentes. Muchas veces los mismos argumentos esgrimidos limitan el debate público antes de que puedan esbozarse algunas alternativas. Esto ha pasado tanto en el ámbito de la educación sexual como en el de la regulación de la fertilidad, donde el derecho preferencial de los padres a ser los primeros educadores y el derecho a la vida (Marco Interpretativo N°2) han sido una barrera que parece infranqueable³⁹⁸.

³⁹⁶ Entrevista del 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

³⁹⁷ Entrevistas a dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile).

³⁹⁸ Ejemplo de esto es el debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª y 7ª” (2012) (Anexo N°4).

Junto con considerarse que las grandes decisiones son tomadas por “unos pocos” (en el Parlamento o al interior de los gobiernos), se estima que muchas de las iniciativas de Estado son pactadas con los partidos políticos conservadores (como ha sucedido en el caso del aborto y la educación sexual). Una de las entrevistadas –activista feminista y que trabajó para el MINSAL³⁹⁹—, manifiesta que los gobiernos de la *Concertación* (actual *Nueva Mayoría*⁴⁰⁰) han tenido que negociar constantemente con la Democracia Cristiana (DC) y los partidos de la derecha política. Esto continuaría sucediendo en este segundo gobierno de Michelle Bachelet, donde, por ejemplo, no se ha podido instalar la interrupción del embarazo en toda circunstancia, dadas las presiones políticas al interior de la coalición de la presidenta y las presiones desde los partidos más conservadores.

Para algunas/os entrevistadas/os⁴⁰¹ –incluidas/os profesionales de la administración pública— para generar algún avance concreto en el ámbito de la sexualidad se requiere de muchos consensos y esa es la lógica que debiese cambiar, porque muchas veces se pueden transgredir los derechos humanos en el afán de dejar satisfechos a todos los grupos de interés. En opinión de un integrante del MOVILH⁴⁰²:

“el consenso es el mecanismo que, desde que terminó la Dictadura, Chile ha tenido para resolver todo tipo de conflicto y se ha prestado, en algunas ocasiones, para posibilitar expresiones que son incompresibles a la luz del respeto a los derechos humanos (...) Está todo delimitado por el consenso. Por ejemplo, tenemos una Ley Antidiscriminación [Ley N°20.609] que no está siendo satisfactoria para quienes están sufriendo discriminación, porque por consenso se eligió algo que no resolvía de todo el problema, pero que era una señal para que un grupo humano se quedara tranquilo.”

Con esto podría afirmarse que los consensos entre actores políticos hegemónicos (como los partidos políticos al interior y fuera del Estado) funcionarían como mecanismos de exclusión de la diferencia y los desacuerdos en torno a un tema determinado. El consenso sería un dispositivo que niega la pluralidad, al desconocer la potencialidad del disenso como una forma de representar los diferentes intereses y los distintos modos de construir los problemas y las soluciones en el contexto de la política pública. La diferencia se concibe más bien como un obstáculo (Young, 1990/2000) y se opta por escuchar a los actores más influyentes (como los partidos conservadores y las iglesias) para no reactivar polémicas y mantener la estabilidad política. Aunque eso signifique reproducir el *status quo* y desatender las demandas urgentes de la sociedad civil.

³⁹⁹ Entrevista del 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰⁰ La *Concertación de Partidos por la Democracia* (1988-2013) fue la coalición política que gobernó Chile entre 1990 y 2010. Desde el 2013, esta alianza se renueva bajo el nombre de *Nueva Mayoría* y está conformada por: el Partido Demócrata Cristiano (DC), el Partido por la Democracia (PPD), el Partido Radical Social Demócrata (PRSD), el Partido Socialista (PS), el Partido Comunista (PC), el Movimiento Amplio Social (MAS) e independientes de centroizquierda.

⁴⁰¹ Entrevistas a dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰² Entrevista del 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

En base a la evidencia proporcionada por las entrevistas, podría afirmarse —como ya lo han hecho otras investigaciones, en otros campos de política pública (Miranda, *et al.*, 2012) — que el cómo se ha formulado la política de salud sexual y reproductiva en Chile tiende hacia lógicas *jerárquicas*. A pesar de existir mecanismos de interacción entre Estado y sociedad civil, éstos no han sido efectivos (al no siempre estar institucionalizados y no ser vinculantes) ni representativos de la diversidad social (al minimizar el conflicto, promover el consenso y no integrar a una pluralidad de actores). El Estado continuaría exhibiendo una toma de decisiones centralizada, que no respondería a las demandas actuales por mayor representación (de intereses y de grupos sociales). Con ello se olvida que la política pública no se define sólo por la decisión del actor gubernamental, sino que su curso de acción “se forma por la interacción de los actores involucrados” (Pautassi, 2008:101). Frente a esto, diversos actores de la sociedad civil demandan mayor especificidad de la oferta pública, capaz de adaptarse a las diversas realidades sociales (mujeres indígenas, población en situación de discapacidad, etc.), y que, además, ésta no restrinja la emergencia de proyectos ético-políticos alternativos a los predominantes (cosmovisión indígena, sexualidades diversas, etc.).

Las dinámicas de interacción jerárquicas propuesta por la política ha propiciado la presencia de mecanismos informales de incidencia e inclusión —como el *lobby*—, cuya existencia restringe la estabilización y la profundización de mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil, y la injerencia de esta última en el proceso de formulación de las políticas (Miranda *et al.*, 2012). Esto limitaría la institucionalización de procedimientos de decisión públicos, conocidos y transparentes. Al existir el *lobby* como *válvula de escape* (Shepard, 2000), que permiten hacer frente a la ausencia o fallo de los mecanismos de incidencia de la sociedad civil en las políticas públicas, se debilita la voluntad de los actores políticos para resolver el problema de manera efectiva y avanzar hacia lógicas de interacción social más heterárquica.

5.4 La concepción de sujeto: entre “lo estandarizado” y “lo múltiple”

El último elemento del modelo de análisis propuesto por esta tesis hace referencia a cómo es concebido el sujeto de la política, en términos de interseccionalidad y agencia. Este apartado argumenta por qué la política estudiada se movería entre nociones *estandarizadas* y *múltiples*, y comenta respecto de cuáles podrían ser las limitaciones para concebir un sujeto intersectorial. Esta sección se ha dividido en cuatro apartados. El primero expone brevemente cómo la mujer en edad fértil y, posteriormente, la población juvenil y adolescente de escasos recursos han sido la prioridad de la política de la salud sexual y reproductiva en Chile. El segundo apartado comenta sobre cuáles serían algunos de los sujetos desatendidos por esta la política (hombres, comunidades indígenas,

población con discapacidad y adultas/os mayores, entre otros). Y finalmente, la tercera sección esboza algunas de las posibles causas que limitarían, en el contexto de la política estudiada, concebir un sujeto que vive situaciones complejas de inclusión/exclusión social.

5.4.1 La población prioritaria: mujeres, jóvenes y adolescentes de escasos recursos

De acuerdo a lo relatado con anterioridad (Sección 5.2.1), la política de salud sexual y reproductiva en Chile ha estado dirigida casi exclusivamente a las mujeres –asumidas como heterosexuales–, adultas y en edad fértil. Prueba de ello, es el reconocimiento del Programa de Salud de la Mujer como la propuesta más importante en el ámbito. De hecho, como comenta una profesional de SENAMA⁴⁰³, podría afirmarse que la labor de SERNAM ha estado enfocada casi exclusivamente en este grupo de la población, invisibilizando a las niñas y las adultas mayores, por ejemplo. Esta situación es reflejo de la supremacía de los dos primeros marcos interpretativos detectados en la política abordada (*Asunto de salud pública* y *Formación en valores tradicionales*), donde la sexualidad se restringe netamente a lo reproductivo. Esto limita pensar la sexualidad como una dimensión integral del ser humano, que amerita ser abordada durante todo el ciclo vital. Es una concepción particular de sujeto (“mujer-femenina-heterosexual-fértil-chilena-madre”) la que ha sido “universalizada”, operando como norma social para la formulación y aplicación de la política en cuestión. Esta concepción excluye (o incluye residualmente) a aquellos sujetos que se desmarcan de la norma y/o son concebidos como asexuados y no reproductivos (como niñas/os, adultas/os mayores, personas con discapacidad y población LGTB).

En opinión de una profesional de SERNAM⁴⁰⁴, este servicio público vela por la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas a nivel nacional, con propósito de equiparar el impacto de éstas en hombres y mujeres. No obstante, es poco el énfasis dado a las diferencias al interior del colectivo de mujeres (mujeres indígenas, mujeres con discapacidad, niñas, mujeres adultas, etc.). A juicio de la profesional, la política nacional no siempre haría distinción entre el grupo de mujeres, pues esto competería a las instancias locales; al cómo se aplica la política. Sin embargo, tampoco se han elaborado guías u orientaciones técnicas para la atención de mujeres en contextos o situaciones específicas. Las políticas nacionales tienen la dificultad de no reparar en la heterogeneidad interna⁴⁰⁵. De este modo, la política estudiada ha invisibilizado distintas

⁴⁰³ Entrevista del 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰⁴ Entrevista del 2 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰⁵ Este patrón de actuación en las políticas públicas se repetiría en otros grupos sociales, pues se ha tendido a homogeneizar a determinados colectivos. Por ejemplo a la población indígena, cuando la ley nacional reconoce nueve pueblos distintos; y la población en situación de discapacidad, cuando ésta se diferencia no sólo por el tipo de discapacidad que presenten, sino también de acuerdo al nivel de funcionamiento. Entrevistas a una profesional

situaciones en la que se encuentran las mujeres, especialmente en las que “confluyen factores que generan realidades particularmente complejas (...) [Por ejemplo] no existe atención especializada pensando en mujeres lesbianas, mujeres *trans* ni mujeres indígenas [o] los obstáculos que presentan las mujeres inmigrantes”⁴⁰⁶.

Una activista feminista afrodescendiente⁴⁰⁷, pone como ejemplo la interrupción voluntaria del embarazo. Los discursos actuales en la política pública, al prohibir el aborto, niegan las experiencias de múltiples mujeres, sobre todo aquellas más desventajadas socialmente. Se niegan, así, los abortos clandestinos en condiciones de insalubridad; los abortos en clínicas privadas; los abortos con hierbas medicinales; los abortos con misoprostol; los abortos practicados en países vecinos (Tacna, Perú); los abortos sin consentimiento; entre otros. La política quedaría ciega a las realidades de mujeres indígenas, pobres, afrodescendientes, de regiones y de espacios rurales. Toda mujer que es incómoda en el debate político, que es vista como excepción a la norma fijada, queda invisibilizada. En su lugar se habría instituido un estereotipo moral y sociosanitario (Marcos interpretativos N°1 y N°2), que representa a las mujeres a partir de su función reproductiva y su rol de madre.

Por otro lado, el único eje de exclusión que parece ser importante, junto con el género, es el nivel socioeconómico (Marcos interpretativos N°1 y N°2), pues suele focalizarse la atención en mujeres de escasos recursos y/o con bajo nivel educativo; aquellas que se asume tienen mayores dificultades para acceder al Mercado y satisfacer sus necesidades sexuales y reproductivas. Si bien la dimensión socioeconómica en Chile es gravitante —dado los altos índices de desigualdad—, ésta parece ser la única relevante, lo que desatiende otras posibles y que se relacionan directamente con las dinámicas de exclusión del espacio público y con el cómo se representa la sexualidad hegemónica. Asimismo, “la mujer” es representada sin autonomía para decidir sobre su sexualidad. Aunque el discurso de los derechos humanos ha intentado instalarse en el debate político al respecto, éste ha tenido escasas repercusiones más allá de la retórica⁴⁰⁸. A pesar de ser el sujeto prioritario de la política de salud sexual y reproductiva, las mujeres siguen siendo borradas como sujeto político. “Se ignoran las demandas de las mujeres y sus derechos

INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014, Temuco, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰⁶ Entrevista a integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁰⁷ Entrevista a la Presidenta de la Agrupación de Mujeres Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía *Skype*) (Anexo N°6).

⁴⁰⁸ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de la CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Colectiva La Huacha Feminista (V Región), 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); entre otras (Anexo N°6).

sexuales y reproductivos, partiendo por el aborto, que es una lucha histórica del movimiento feministas, desde los años 90.⁴⁰⁹”

Como segunda prioridad, la política ha estado centrada en adolescentes de escasos recursos, insertos en el sistema de educación formal (como en las JOCAS) y/o usuarias/os del sistema de salud pública (por ejemplo, los Espacios Amigables para Adolescentes)⁴¹⁰. Esto sucede dada la predominancia de los marcos interpretativos de salud y de valores tradicionales (Marcos interpretativos N°1 y N°2 respectivamente), cuyas representaciones puede tener repercusiones desempoderantes, al actuar sobre un sujeto que “tiene un problema” (o es propenso a tenerlo), y que no necesariamente puede participar de la solución de éste. Quienes han trabajado con esta población⁴¹¹ reconocen que la adolescencia, en general, es tratada desde la problemática o el daño (prevención del embarazo, prevención del abuso de drogas), más que desde una lógica de derechos y que reconozca a las/os adolescentes como sujetos agentes. El Estado reacciona ante un problema, más que comprender la adolescencia y la sexualidad en sentido positivo. La sexualidad, aunque se aborda desde la anticoncepción principalmente, es negada a los jóvenes. Ésta es reconocida como una conducta que no es acorde a su edad, ya sea por un asunto de desarrollo evolutivo (Marco Interpretativo N°1) o por razones morales (Marco interpretativo N°2). La sexualidad adolescente es borrada, al tiempo que su reproducción es representada como problema público, en tanto deriva en otros problemas sanitarios y valóricos. Aunque cabe reconocer algunos esfuerzos por revertir esta situación (como la reformulación del Programa de Salud Adolescente y el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes).

En base a la evidencia proporcionada, se observa que la representación de las mujeres, las/os jóvenes y las/os adolescentes, en el discurso de la política, tiende a la reproducción de estereotipos (“jóvenes irresponsables”, “mujer-madre”), que no tiene un correlato en términos de autonomía. De igual modo, la naturalización misma de la sexualidad —ligada a la reproducción— ha generado la desatención de otros colectivos concebido como “no-reproductivos”. El siguiente apartado comenta sobre cuáles serían estos grupos sociales.

5.4.2 Sujetos invisibilizados

Como la política estudiada ha tendido a representar la sexualidad vinculada casi exclusivamente al acto procreativo, se han desatendido las necesidades de aquellos

⁴⁰⁹ Entrevista a una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹⁰ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional del Programa PASA, 17 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹¹ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

sujetos que carecen o han renunciado a su capacidad reproductiva (como la población no-heterosexual, niñas/os, adultas/os mayores, etc.)⁴¹². Con esto se borra su sexualidad y sus necesidades al respecto. Estos grupos son integrados sólo de manera residual y en tanto presentan un problema sanitario específico (Sub-marco del marco interpretativo N°1) (Sección 4.2.4). Si bien las iniciativas más actuales sobre salud sexual y reproductiva están en clave de derechos humanos y reconocen el principio de no discriminación (lenguaje universalista), por razón de étnica, discapacidad, sexo, género, edad, religión o creencias, y un largo etcétera, aún es evidente que hay colectivos que son borrados del ámbito de la política. Como se comentó en apartados anteriores (Sección 5.2.3.2), estas declaraciones no siempre se vinculan a propuestas particulares y/o lineamientos a nivel nacional que se hagan cargo de las necesidades específicas de determinados grupos. Son las/os profesionales y funcionarias/os a nivel local las/os encargadas/os de flexibilizar la política a las necesidades particulares de la población y éstas/os no siempre cuentan con formación o capacitación en perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos.

Al primar un discurso de salud pública (Marco interpretativo N°1), los intereses del Estado han ido en la línea de llegar al mayor porcentaje de la población (cobertura), por lo que las “minorías” (no-heterosexuales, adolescentes, personas con discapacidad, etc.) no siempre son contempladas y los intentos por incorporar sus necesidades tiende a ser residual, donde se realizan adaptaciones puntuales –y a ratos aisladas⁴¹³–, que no siempre cuestionan los presupuestos de la medicina occidental. La conceptualización de “minorías” reduce la importancia de atender a ciertos grupos, olvidando que “todas esas minorías, finalmente, configuran las grandes mayorías”⁴¹⁴.

Por ejemplo, se han hecho reformulaciones a Programas de Salud con el fin de responder a las demandas y necesidades de la población y se ha mostrado interés por escuchar a las/os usuarias/os de la política (como el Programa de Salud Adolescente y la Política de salud y pueblos originarios). Sin embargo, al parecer se trabaja más sobre la lógica de generar modificaciones secundarias, que mantienen las “antiguas” dinámicas de exclusión, y no se cuestionan los fundamentos de la política. A continuación se comenta cuáles serían algunos de los grupos que no estarían siendo considerados por las iniciativas de Estado sobre sexualidad y reproducción. Entre ellos se encuentran: las diversidades

⁴¹² Esta tesis sólo ahonda en algunos grupos poblacionales que podrían estar invisibilizados, de acuerdo a los ejes de exclusión priorizados (género, orientación sexual, procedencia étnica, clase social, edad y diversidad funcional). Por lo que no se descarta la posibilidad de haya otros colectivos sociales excluidos o desatendidos por la política analizada.

⁴¹³ Entrevista a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del Observatorio de Equidad Según Género y Pueblo Mapuche, 20 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹⁴ Entrevista a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

sexuales, los hombres, las personas en situación de discapacidad, la población infantil, los pueblos originarios, la población adulta mayor y la población inmigrante.

Al consultar a las/os entrevistadas/os respecto de cuáles serían los colectivos que no estarían presente en el planteamiento de la política, las primeras mencionadas son las *diversidades sexuales*⁴¹⁵. Los derechos y la no discriminación de la población no-heterosexual o LGTB es una demanda que ha estado en la palestra en los últimos años. Desde que el movimiento de la diversidad sexual comienza a tener visibilidad en Chile, alrededor del año 2000, ha logrado validar propuestas a nivel de Estado y la opinión pública, que hace 20 años eran inviables (como el Acuerdo de Unión Civil). Sin embargo, las demandas y necesidades de las diversidades sexuales aún no han sido integradas a la política estudiada de manera integral. El foco del trabajo ha estado centrado en la prevención y tratamiento de VIH y ETS en hombres que mantienen relaciones con hombres (por ejemplo, la Mesa Técnica de VIH/Sida del MINSAL)⁴¹⁶. Con esto, se continúa operando sobre la base de estereotipos sociales y se invisibiliza, por ejemplo, la sexualidad lésbica⁴¹⁷.

Por otro lado, como manifiesta una profesional de MINSAL⁴¹⁸ y profesionales que han trabajado estos asuntos⁴¹⁹, no existen guías clínicas u orientaciones técnicas que definan cómo el personal de salud (matronas/es, enfermeras/os, médicos/as, etc.) debe proceder con la población LGTB. Siempre se asume la heterosexualidad del paciente. Un ejemplo de esto es la atención de mujeres lesbianas, quienes son invisibilizadas como posibles usuarias de la política, ya que se asume que no requieren controles de salud ginecológica por su imposibilidad de embarazarse.

Otro de los sujetos que ha tendido a estar ausente en la política son los *hombres*. Éstos son representados más bien como un sujeto suplementario a la figura de las mujeres, pues en ellos no recaen, ni biológica ni socialmente, las funciones reproductivas⁴²⁰. Aunque

⁴¹⁵ Entrevistas a dos profesionales CEMERA, 30 de junio y 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Fundación Iguales, 7 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹⁶ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), del 19 de junio 2014 (Madrid, España); dos profesionales CEMERA, el 30 de junio y el 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); un representante de Fundación Iguales, 7 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹⁷ Al respecto cabe destacar las iniciativas de la Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, que han buscado visibilizar la salud sexual de mujeres lesbianas. Para mayor información ver: <http://www.rompiendoelsilencio.cl/tortanoseaspastel/> (último acceso el 4 de febrero 2016).

⁴¹⁸ Entrevista a dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴¹⁹ Entrevista a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁰ Entrevistas a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

han existido iniciativas al respecto, éstas han sido escasas y no han tenido continuidad. Un ejemplo, es el programa sobre nuevas masculinidades de MINSAL (2009), que fue una adaptación del “Programa H” (originalmente desarrollado en Brasil), pero, a pesar de tener una evaluación positiva y buenos resultados, éste quedó sólo en una experiencia piloto⁴²¹. Además, se ha intentado integrar la corresponsabilidad como lineamiento para las intervenciones con jóvenes en la prevención del embarazo adolescente y en temas de anticoncepción (por ejemplo, en las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, 2007/2014; y el Programa de Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, 2015), pero éste aún no es un componente articulador de la política en cuestión⁴²².

Las *personas en situación de discapacidad* son probablemente las más invisibilizada en el contexto de la política⁴²³. Su sexualidad y reproducción, *a priori*, son considerados problemas que debe ser controlados médicamente y evitados, por lo que muchas veces se niega la vida sexual que estas personas puedan desarrollar (a través de la esterilización forzada, la anticoncepción sin consentimiento, el uso de *piedra de alumbre*⁴²⁴ y la separación de personas según su sexo para evitar encuentros sexuales⁴²⁵). Al amparo del marco interpretativo de *Salud pública* (Marco interpretativo N°1), las intervenciones con personas en situación de discapacidad están centradas en la “minusvalía”, lo que frecuentemente se asocia a la pérdida de autonomía. Las decisiones comúnmente se delegan a su cuidador/a, lo que es reforzado y avalado por la llamada Ley de Interdicción (Ley N°18.600), “que no otorga plenitud de derechos ni capacidad jurídica a personas con discapacidad de origen mental”⁴²⁶.

Una profesional del MINSAL⁴²⁷ relata que la Sociedad Chilena de Pediatría y la Sociedad de Ginecología Infanto-Juvenil han trabajado recomendaciones sobre anticoncepción en población adolescente con discapacidad, que inicialmente estaban centradas en la supresión del eje hipotalámico para evitar menstruaciones cuando hay malformaciones en la médula ósea. Esto muestra que el trabajo con esta población tiende a una lógica higienista, que está lejos de reconocer la sexualidad y la reproducción de las personas con

⁴²¹ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²² Entrevistas a dos profesionales de CEMERA, 30 de junio y 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014 (Santiago, Chile); y un profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²³ Entrevistas a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una docente universitaria que trabaja temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁴ El alumbre es un mineral de origen volcánico que posee diversas propiedades, entre las cuales se especula estaría, por sus cualidades reafirmantes, la capacidad de estrechar el conducto vaginal. De acuerdo al relato de una de las entrevistadas, el alumbre sería utilizado para evitar que mujeres con discapacidad mental mantengan relaciones sexuales. Entrevista a la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁵ Entrevista a la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁶ Entrevista a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁷ Entrevista del 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

diversidad funcional. La representación preponderante –socialmente y en el discurso de la política– ha sido la figura de un sujeto asexuado, asimilado a “un infante”, donde prima la lógica de la asistencia.

Se habla de derechos humanos para todas/os, pero a las personas en situación de discapacidad no se les garantiza el derecho a la sexualidad (por ejemplo, la sexualidad no es parte de los programas de rehabilitación o tratamiento⁴²⁸ y la Ley N°20.422 no alude a este ámbito⁴²⁹). Se asume que la sexualidad y la reproducción no son parte de su realidad y/o que no cuentan con la capacidad y autonomía suficiente para tomar decisiones al respecto. De este modo, el “sujeto discapacitado” es negado, aunque paulatinamente se abre la posibilidad de hablar del tema, pero no en el contexto de la política. Asimismo, no existen protocolos ni guías para atender a esta población en temas de anticoncepción o programa de educación sexual. Los únicos avances en esta línea aluden a las intenciones de validar la decisión de las personas con discapacidad ante la posibilidad de esterilizarlas, lo que antes se delegaba a su cuidador/a⁴³⁰.

Como manifiesta un profesional de SENADIS⁴³¹, el abordaje de los DDSSRR en la población con discapacidad es una nomenclatura compleja. Por un lado, porque los derechos de las personas con diversidad funcional son legitimados socialmente hace muy poco tiempo, tanto en Chile como en el mundo⁴³². Y, por otra parte, porque la sexualidad, por sí misma, ha sido un asunto complicado de abordar públicamente en el país. Si la sexualidad es un tabú en la sociedad chilena, para la población en situación de discapacidad la censura es aún mayor. Aún no se ha generado un debate al respecto que haga visible esta necesidad. Incluso los movimientos sociales que demandan los DDSSRR parecen no visibilizar las demandas de estas personas. Al interior de SENADIS, ha existido la inquietud, pero es emergente, todavía hay que remover muchos presupuestos naturalizados en torno al tema. Por ejemplo, aún hay profesionales al interior del Estado que creen que las decisiones sobre reproducción no debiesen estar en las manos de las personas con discapacidad. Pensarlos como sujetos de derechos, sobre todo en el ámbito sexual, implica un salto cualitativo y aún no hay bases sólidas para

⁴²⁸ Entrevista a una docente universitaria que trabaja temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴²⁹ Texto: “Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad” (2010) (Anexo N°4).

⁴³⁰ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³¹ Entrevistas a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³² En diciembre 2006, la ONU aprueba la Convención Nacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Y en el 2010, el Estado de Chile promulga la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, en Chile data del año 2010 (Anexo N°4).

hacerlo. Quienes toman las decisiones al interior del Estado, hasta ahora, no han modificado las lógicas de entender la discapacidad⁴³³.

Al respecto, una integrante del Colectivo Palos de Ciego⁴³⁴ comenta que la negación de la reproducción en personas con discapacidad no sólo responde a temas biomédicos, sino también a cuestiones moralistas, que se justifica en la falta de autonomía física. Como si esto se condijese con una falta de autonomía moral, al justificar, por ejemplo, que estas personas no pueden cuidar de sus futuros hijas/os. A diferencia de la demanda por el derecho a “no parir”, proclamada por el movimiento feminista, las mujeres con discapacidad reivindican su derecho a hacerlo, pues a las primeras se les ha impuesto una “maternidad obligatoria” y a las segundas se les ha privado de una maternidad elegida (a través de las esterilizaciones forzadas o la prohibición médica de embarazarse)⁴³⁵. Otra vez se vuelve a los estereotipos sociales que parecen no cuestionarse, a la vez que se representa un sujeto carente de agencia. Esto suele intensificarse al pensar en la diversidad funcional, donde la discapacidad tiende a homologarse a la pérdida de autonomía.

Por su parte, el trabajo con *población indígena* en estas temáticas ha estado enfocado, principalmente, a la salud reproductiva (por ejemplo, al integrar el parto indígena)⁴³⁶. La política a nivel nacional, sobre salud y pueblos indígenas (2006), no ha planteado explícitamente estos asuntos. Sin embargo, como es una iniciativa descentralizada, en algunas regiones del país —donde las comunidades indígenas lo han demandado— se han generado ciertos avances (como en la I, XIV y XV región). Las propuestas de Estado, en general, presentan un vacío al respecto, que no brinda apoyos ni orientaciones para su aplicación en el nivel local⁴³⁷. Por ejemplo, no existe consejería o centros de atención sobre salud sexual y reproductiva que valide el conocimiento indígena o procedimientos que orienten a las/os profesionales para interactuar con estos colectivos, de acuerdo a sus cosmovisiones y las representaciones particulares que estas comunidades tienen sobre el cuerpo.

⁴³³ Como comenta el profesional SENADIS sobre el concepto ‘personas con discapacidad’: “[E]stamos tratando de cambiarlo, porque pensamos que el ‘con’ es darle el famoso tema del atributo a la persona y no el componente dinámico de la interacción del individuo con el ambiente (...) Ese es un paso que estamos tratando de dar conceptualmente. No es fácil, porque los políticos quieren contar con ojos ciegos, tontos, locos, entonces, les convienen más preguntas como las del censo... estadísticas de este tipo”. Entrevista del 1 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³⁴ Entrevista a una representante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³⁵ Entrevistas a una representante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³⁶ Entrevista a una profesional MINSAL, 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴³⁷ Entrevistas a dos profesionales CEMERA, 30 de junio y 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Las entrevistadas, ligadas a organizaciones de mujeres de pueblos originarios, admiten que “las grandes olvidadas”⁴³⁸, en las políticas públicas, han sido las mujeres indígenas. Las políticas de Estado han exhibido dificultades para integrar esta especificidad, a la vez que ha costado posicionar la idea de que las mujeres indígenas –con sus diferencias internas, de acuerdo a su comunidad de origen⁴³⁹— no viven de igual manera las desigualdades de género, por ejemplo. El Estado y sus profesionales siguen pensando en términos homogeneizantes, cuando las mujeres de pueblos originarios vivirían “dobles violencias” (una machista y una estructural, dada por el colonialismo) lo que se agrava al pertenecer a sectores rurales, apartados y pobres. Por otro lado, las iniciativas de Estado han tendido a tratar de modo paternalista a estas mujeres, lo que ha limitado su representación como sujeto dotado de agencia⁴⁴⁰.

*La población infantil*⁴⁴¹ también ha sido desatendida en el contexto de la política, con lo que se limita el reconocimiento de la sexualidad desde la primera infancia. La educación sexual –de acuerdo a la Ley N°20.418—, es obligatoria sólo para adolescentes (entre 14 y 18 años)⁴⁴², cuando la exploración de la sexualidad comienza a tener consecuencias reproductivas. Al reducirse la sexualidad al hecho reproductivo, las/os niñas/os quedan invisibilizadas/os y representadas/os sólo como posible objeto de abuso. La población infantil sólo es parte de la política estudiada respecto de la prevención, primera atención, seguimiento y acompañamiento de abusos sexuales⁴⁴³. Al respecto, algunas entrevistadas/os⁴⁴⁴ reconocen la necesidad de tratar estos temas desde la infancia, no sólo desde lo biológico, sino también desde el autoconocimiento, el establecimiento de límites propios, el respeto por uno mismo y los otros, la igualdad de género y la aceptación de la diversidad; desde una formación que permita interpretar la información que reciben desde

⁴³⁸ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Red de Mujeres Mapuche de Santiago, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 13 y el 20 de agosto 2014, respectivamente (Temuco, Chile); y una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴³⁹ En Chile, la Ley Indígena, N°19.253 reconoce la presencia de nueve pueblos originarios a nivel nacional: Mapuche, Aymara, Rapa Nui o Pascuenses, Atacameña, Quechua, Colla, Diaguita, Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán.

⁴⁴⁰ Entrevistas a una profesional de CONADI y la Coordinadora del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, ambas del 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁴¹ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una docente universitaria que trabaja temas de sexualidad y discapacidad, 28 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional del ámbito sanitario del Observatorio de Equidad Según Género y Pueblo Mapuche, 20 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁴² Ley N°20.418: Fija Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad (2010) (Anexo N°4).

⁴⁴³ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁴⁴ Entrevistas a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile); entre otros (Anexo N°6).

el entorno. Cuando las/os niñas/os llegan a la adolescencia, ya sería más complejo abordar la sexualidad, pues el tabú social ya estaría instalado⁴⁴⁵.

El trabajo con la población *adulta mayor* en el marco de la política es reciente en Chile, a partir del Programa del Buen Vivir de la Sexualidad (2015)⁴⁴⁶, que incluye a mujeres mayores de 50 años. Anterior a esto, la política se había enfocado principalmente en mujeres en la etapa de climaterio⁴⁴⁷. Además de existir sólo propuestas puntuales, que han surgido desde intereses particulares y aislados entre las/os profesionales de SENAMA y que no son componentes de la política nacional. Las experiencias desarrolladas han revelado lo importante que es la sexualidad en la adultez mayor (para resolver dudas o para tratar traumas de la infancia) y el interés que presentan las/os mayores ante este tipo de iniciativas⁴⁴⁸.

A juicio de una profesional del SENAMA⁴⁴⁹, la representación del adulto mayor en la política responde a un sujeto asexuado. Asimismo, aunque el propósito del Servicio ha sido posicionar a las/os adultas/os mayores como sujetos activos, la vejez no ha tenido suficiente cabida en las políticas de Estado, pues continúa operando el estereotipo de un sujeto reducido en sus capacidades y la visión de una sexualidad que se desvanece al perderse las funciones reproductivas. Esta representación pierde de vista que “la sexualidad es vital para un envejecer sano, activo y pleno”⁴⁵⁰.

Por otro lado, la profesional de SENAMA destaca que figura del/a adulta/o mayor en el ámbito de la sexualidad puede ser muy interesante. Por ejemplo, actualmente cerca de un 14% de niñas/os menores de 10 años son criadas/os por sus abuelas/os, por lo que las/os adultas/os mayores tienen un rol clave en el desarrollo del/a niña/o, en la comprensión de su cuerpo y su sexualidad. Aquí se da una sinergia intergeneracional que no ha sido considerada por la política.

⁴⁴⁵ No fue posible recabar mayor información sobre la inclusión/exclusión de la población infantil en la política analizada. Esto se debe a que no pudo coordinarse una entrevista con algún profesional del Servicio Nacional de Menores (SENAME). Sin embargo, de acuerdo a lo comentado por una profesional del SENAME –con quien se estableció contacto a través de correo electrónico– y una de las profesionales del MINSAL –entrevistada el 14 de julio 2014 (Santiago, Chile)–, las iniciativas desarrolladas con grupo poblacional han estado enfocada, principalmente, en la prevención y tratamiento del abuso sexual.

⁴⁴⁶ Entrevista a una profesional SERNAM, 22 de septiembre del 2014 (Santiago, Chile) Anexo N°6).

⁴⁴⁷ Texto: “Programa de Salud de la Mujer” (MINSAL, 1997) (Anexo N°4).

⁴⁴⁸ Entrevista a profesional SENAMA, 17 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁴⁹ Entrevista del 17 de julio, 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁵⁰ En opinión de la profesional SENAMA, la población que adquiere mayor visibilidad en las políticas de Estado es la población en situación de dependencia (representada como la más vulnerable, que alcanza cerca de un 25%), lo que implica desatender las necesidades de la “adultez joven” (autovalente y activa), que alcanza un 75%. Entrevista del 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Además, la negación de la sexualidad en este periodo del ciclo vital, no se daría en igual condición para hombres y mujeres. La sexualidad suele ser mucho más restrictiva para las mujeres, dado los estereotipos estéticos y de género. Sin embargo, de esto la política no se ha hecho cargo. Este aspecto no es menor, considerando que la población está envejeciendo y las mujeres cuentan con mayor esperanza de vida que los hombres⁴⁵¹. En este sentido, el Programa del Buen Vivir de la Sexualidad (2015) se perfila como una iniciativa interesante. Probablemente, ésta sea una de las pocas propuestas desde el Estado que articula explícitamente tres dimensiones de exclusión: género, edad y clase social (apuntando del I al III quintil de la población⁴⁵²).

Finalmente, la *población inmigrante* –aunque aludida por pocas/os entrevistadas/os— ha sido identificada como uno de los grupos invisibilizados en el contexto de la política⁴⁵³. La inmigración en Chile es un fenómeno relativamente reciente, por lo que la garantía de derechos para este sector de la población es aún deficiente. Primeramente, no hay atención de salud, por ejemplo, para inmigrantes que no cuenten con número de DNI o no coticen en el sistema de salud público. Sólo hay iniciativas locales al respecto, como en un centro de salud primaria en la comuna de Recoleta. Estas propuestas “no viene de arriba y, prácticamente, obedecen a iniciativas de algunos funcionarios/as o profesionales que se interesan en el tema, pero no son consecutivas o procesuales. A veces el o la funcionaria se va y junto a ellos se va la iniciativa.”⁴⁵⁴

La inclusión de la población inmigrante en el planteamiento de la política estudiada fue la que más costó pesquisar. Son escasas las referencias que se realizan en los documentos analizados y son diversas las barreras que experimentan estos grupos para acceder a los sistemas públicos de salud y educación, sobre todo aquellas personas que, además, se encuentra en situación irregular y/o no cuentan con recursos para acceder al sistema privado⁴⁵⁵. Sería conveniente profundizar en este aspecto, pero esto excede los propósitos de esta tesis.

⁴⁵¹ Entrevista a una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁵² Ministerio de Desarrollo Social (2014). “Programa de Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción”. Evaluación Ex Ante Programas Nuevos. Proceso Formulación Presupuestaria 2015. Recuperado en: http://www.programassociales.cl/pdf/2014/PRG2014_1_59483.pdf (último acceso el 18 de diciembre 2015).

⁴⁵³ Entrevistas a una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CEMERA, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de la Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, 19 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁵⁴ Entrevista a una integrante de la Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, 19 de julio 2014 (Santiago, Chile)

⁴⁵⁵ Al respecto, las Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2012) manifiestan preocupación por “la exclusión social y la vulnerabilidad de las mujeres migrantes, así como los obstáculos que les impiden disfrutar de derechos fundamentales como el acceso a prestaciones sociales y servicios de atención de la salud, en particular en el caso de las mujeres embarazadas” (párr. 41).

A partir de este repaso se observa que si ya ha sido difícil la inclusión de ciertos grupos sociales a las iniciativas estatales sobre salud sexual y reproductiva, más complejo parece ser que éstas propongan un sujeto interseccional. Las/os profesionales entrevistadas/os, vinculados a organismos públicos⁴⁵⁶, reconocen que el integrar más de un eje de exclusión a la política analizada ha sido complicado (por ejemplo, género y nivel socioeconómico, género y edad o género y etnicidad), por lo que pensar en tres o cuatro es una tarea que parece más compleja de visualizar, al menos en el mediano plazo. Por esta razón, en el siguiente apartado se exponen algunas limitaciones para concebir un sujeto interseccional, en el contexto de la política estudiada.

5.4.3 ¿Es posible pensar un sujeto interseccional?

Como mostró el capítulo IV, de los cinco marcos interpretativos detectados en el debate sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile, sólo el quinto (*Autonomía, sexualidad y placer*) apuntaría a la concepción de un sujeto intersectorial (Sección 4.6). Sin embargo, este marco es marginal en la discusión pública y en las iniciativas de Estado. Asimismo, si ya ha sido difícil integrar a ciertos grupos al discurso de la política —como se evidenció en el apartado anterior—, más complejo parece ser que éste visualice articuladamente ciertos ejes de exclusión. Por ello a continuación, a partir de la información recabada en las entrevistas, se reflexiona sobre algunos elementos que podrían limitar la concepción de un sujeto interseccional en el ámbito de política abordado. Entre ellas se encontrarían: i) la escasa capacidad de SERNAM para representar al colectivo heterogéneo de mujeres; ii) la existencia de organismos de igualdad “unitarios” y la poca coordinación intersectorial; iii) la falta de investigación sobre poblaciones específicas; iv) un diálogo insuficiente entre el nivel central y el nivel local; y v) la escasa capacidad de los movimientos sociales para posicionar un sujeto político desde un enfoque de interseccionalidad.

5.4.3.1 La escasa capacidad de SERNAM de representar al colectivo heterogéneo de mujeres

Como se ha mencionado anteriormente (Sección 5.4.1), el foco del trabajo de SERNAM estaría, principalmente, en las mujeres en edad fértil y de escasos recursos. En este sentido, este servicio ha tendido a representar de forma homogénea al colectivo de mujeres. El enfoque de interseccionalidad de género no es explícito ni en SERNAM ni en la política de salud sexual y reproductiva, dado el exiguo debate público al respecto en

⁴⁵⁶ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Chile⁴⁵⁷. No obstante, la articulación del género con otras dimensiones ha sido una demanda desde la sociedad civil. Evidencia de esto ha sido el movimiento de mujeres indígenas, que ha buscado posicionar pública y socialmente la especificidad de las mujeres de pueblos originarios. Entre sus propuestas ha estado la creación de un área de mujer indígena en SERNAM, la que hasta ahora no ha sido considerada por ningún gobierno⁴⁵⁸. Otro ejemplo podrían ser las mujeres en situación de discapacidad, quienes —desde organizaciones como CIMUNIDIS— han buscado visibilizar sus experiencias de exclusión y vulneración de derechos, demandando apoyo tanto a SERNAM como a SENADIS⁴⁵⁹.

En esta misma línea, los mecanismos de consulta promovidos desde SERNAM no siempre han buscado ser representativos de la diversidad de mujeres (Sección 5.3.1.4) y cuando lo han intentado, éstos han tendido a estar segmentados por el eje de exclusión asumido como “secundario” (como la Mesa de Mujer Rural⁴⁶⁰, la Mesa Mujer Mapuche en la IX Región⁴⁶¹, y la Mesa de Mujer y Discapacidad⁴⁶²). Ocasionalmente han existido mesas de trabajo o encuentros por temáticas (por ejemplo, vinculadas a la creación del Ministerio de la Mujer), donde suele haber mayor diversidad, pero —además de ser circunstanciales— no son del todo representativos⁴⁶³. Lo que puede relacionarse con lo mencionado anteriormente, sobre que estos espacios de diálogo tienden a ser funcionales y a minimizar el conflicto interno (Sección 5.3.1.3).

5.4.3.2 Organismos de igualdad “unitarios” y la escasa coordinación intersectorial

Como SERNAM, existen otros servicios públicos encargados de velar por la participación e inclusión de determinados colectivos sociales en las políticas públicas, como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) y la Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI). De este modo, el

⁴⁵⁷Entre las/os profesionales de organismos gubernamentales entrevistadas/os, sólo uno —el profesional SENADIS— manifestó conocer el concepto de interseccionalidad. Esto ocurre pues, junto con su labor en la administración pública, ha estado involucrado en los debates conceptuales sobre discapacidad. De este modo se observa que el enfoque interseccional, como tal, no está presente en el debate sobre las políticas públicas en Chile.

⁴⁵⁸Entrevista a una integrante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁵⁹Entrevista a la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶⁰Entrevista a una profesional SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶¹Entrevista a una profesional CONADI y la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, ambas del 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶²En abril del 2013, se inicia esta Mesa de Trabajo, dependiente de SERNAM, fue congelada por el servicio, a poco andar, sin especificarse las razones. Con esto, SERNAM delegó a SENADIS el protagonismo en relación a la política de género y discapacidad. CIMUNIDIS (2014). *Derechos humanos de las personas con discapacidad en Chile. Informe Alternativo*. Recuperado en: http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/disalliance.e-presentaciones.net/files/public/files/6%20Chile%20report%20CIMUNIDIS-Chile_UPR18_CHL_S_Main.pdf (último acceso el 18 de diciembre 2015).

⁴⁶³Entrevista a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de la CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); y una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile) (Anexo N°6).

Estado en Chile exhibe un *modelo jerárquico* de interseccionalidad, en el que se reconocen dimensiones de exclusión prioritarias e instituciones específicas para cada una de ellas, las cuales tienden a funcionar paralelamente (Krizsan, Skjeie & Squires, 2012). A la vez que se observaría un *modelo unitario*, que concibe sólo una dimensión de desigualdad (Walby, Armstrong & Strid, 2012). Como parte de la misión institucional de cada uno de estos organismos, se contempla la coordinación intersectorial (con otros servicios públicos y/o ministerios) para el diseño, implementación y evaluación de políticas. Sin embargo, este trabajo no está institucionalizado. No existe un mandato o mecanismos de coordinación que permita complejizar la comprensión de la exclusión social de ciertos grupos del proceso de las políticas⁴⁶⁴.

El Estado en Chile ha mostrado una escasa capacidad de trabajar intersectorialmente y el ámbito de la salud sexual y reproductiva no ha sido la excepción. Ha costado bastante instalar dinámicas de trabajo coordinado entre ministerios y/o servicios públicos para formular políticas públicas⁴⁶⁵. Una de las limitaciones para ello, alegada por profesionales de MINSAL⁴⁶⁶, se refiere a una cultura organizacional de trabajo sectorial, que es el modo como opera y ha operado el Estado en Chile.

Como comenta una profesional del INJUV, la coordinación interinstitucional funciona en tareas más simples (como en la coordinación entre INJUV y MINSAL para la distribución de preservativos a adolescentes y jóvenes), pero no suelen generarse propuestas en ámbitos más complejos, donde se hace necesario mayor diálogo y no sólo una coordinación logística⁴⁶⁷. Una de las relaciones más dificultosas, se daría entre el MINEDUC y el MINSAL, pues sus lógicas de trabajo son muy distintas, donde MINEDUC tiende a poner más trabas, al ostentar un discurso más “conservador” (Marco interpretativo N°1) (Sección 5.2.1)⁴⁶⁸. Así, al no existir un mandato de trabajo intersectorial, esta coordinación queda muchas veces a la voluntad política y amerita un esfuerzo importante para lograr compromisos por parte de las/os profesionales a cargo. Si los ministerios o servicios públicos exhiben muchos roces o el trabajo se complejiza, no se logran acuerdos, productos y/o iniciativas concretas.

⁴⁶⁴ Entrevistas a una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional de SERNAM, 2 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶⁵ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); dos profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶⁶ Entrevistas del 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶⁷ Entrevista del 26 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁶⁸ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

El trabajo intersectorial más reciente es el que se proyecta en este segundo gobierno de Michelle Bachelet sobre violencia de género (2015), donde se ha buscado integrar la labor de SERNAM y SENAMA, para “avanzar en un enfoque crítico de género relacionado con la vejez y el envejecimiento”⁴⁶⁹. Asimismo, se han emprendido, a nivel regional, mesas de trabajo entre SERNAM y CONADI para abordar la violencia de género en las comunidades indígenas. No obstante, una profesional CONADI⁴⁷⁰ comenta que el trabajo con SERNAM no siempre ha sido fácil, lo que dilata la implementación de medidas concretas. Muchas veces existen discrepancias entre las/os profesionales, donde miembros de SERNAM suelen representar la violencia de género de igual manera en mujeres mapuche y no mapuche, lo que niega la articulación entre la violencia de género y la violencia estructural perpetrada, por el Estado de Chile y privados, contra las comunidades indígenas.

Otra iniciativa, ligada al ámbito estudiado, ha sido el ingreso de un proyecto de ley (Boletín N°9033-18 de julio 2013) sobre prevención y protección del embarazo adolescente, que busca instalar la coordinación intersectorial entre MINSAL, MINEDUC, SERNAM e INJUV, principalmente⁴⁷¹. Sin embargo, este tipo de iniciativas suelen centrarse en la población adolescente, y los principales organismos involucrados son INJUV y SERNAM. De modo que otros ejes de exclusión suelen ser desatendidos en el ámbito de la sexualidad (como edad, procedencia étnica y diversidad funcional).

El trabajo de articulación entre ministerios y servicios públicos ha sido difícil, y cuando se piensa en trabajar más de un eje de exclusión, se hace más complejo aún. Sólo ha habido iniciativas donde se abordan dos dimensiones, pero son relativamente recientes y suele primar una perspectiva sobre otra. Como comenta una profesional de SERNAM⁴⁷², cada servicio público tiende a defender al grupo poblacional que representa y suele ser ciego a otros elementos. Si ya ha sido difícil integrar, por ejemplo, la perspectiva de género en las políticas públicas, el comenzar a hacer cruces de perspectivas se hace aún más peliagudo. Cada servicio público trabaja sobre una población específica, pero sobre una generalidad de esta población. Por tal las instituciones públicas, tal como funcionan en la actualidad, aún no estarían preparadas para trabajar sobre lógicas intersectoriales ni interseccionales.

Por ejemplo, se ha integrado la perspectiva de género a algunas iniciativas del MINSAL (como las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad y el Programa de Salud de

⁴⁶⁹ Entrevista a una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷⁰ Entrevista del 13 de agosto 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷¹ Entrevista a una profesional MINSAL, 14 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷² Entrevista del 2 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

la Mujer) y existe una política de salud y pueblos originarios, pero escasamente estas propuestas parecen articularse. De acuerdo a lo manifestado por una profesional MINSAL⁴⁷³, se ha integrado el enfoque intercultural en el Programa de la Mujer y el Programa Chile Crece Contigo, dadas las demandas de las comunidades en algunas regiones por incluir el parto indígena. No obstante, el enfoque de género no articula esta política a nivel nacional, pues se argumenta que el concepto de género es asumido como una imposición cultural por parte de las comunidades. Esto no deja de ser cierto, muchas comunidades lo ven así. Sin embargo, cabe problematizar este argumento, pues suele desatender las problemáticas que surgen de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Una cosa es el concepto de género —que puede ser cuestionado desde diversas perspectivas— y otra, bastante distinta, es invisibilizar las dinámicas de exclusión y la vulneración de derechos dadas por la construcción social de la diferencia sexual.

El rechazo del concepto por las comunidades no limitaría, necesariamente, el comprender cómo las relaciones de poder entre hombres y mujeres se imbrican con el sistema de dominación etnoracial, que afecta y excluye del discurso de la política la voz y los intereses de las mujeres indígenas. Siguiendo con este ejemplo, se observa que ha sido difícil percibir la articulación de una perspectiva de género y un enfoque intercultural. Han existido mesas de trabajo sobre Género y Etnicidad⁴⁷⁴ (como la Mesa Interinstitucional de Género y Etnicidad⁴⁷⁵, la Mesa de Salud Intercultural y Género, y la Mesa de Mujer Mapuche⁴⁷⁶) pero, aparentemente, han tenido escasa continuidad y no han tenido mayor impacto en la política a nivel nacional.

En este sentido, han existido iniciativas que intentan integrar a “nuevos” colectivos sociales al planteamiento de la política, pero no hay una problematización desde diversos enfoques (interculturalidad, género, discapacidad, vejez, etc.) o que contemple cómo diferentes ejes de exclusión pueden derivar en situaciones de exclusión más complejas. Evidencia de esto es que los organismos públicos más aludidos en materia de salud sexual y reproductiva continúan siendo MINSAL y SERNAM, y en ocasiones MINEDUC e INJUV, en lo que compete a la educación sexual y prevención del embarazo adolescente.

⁴⁷³ Entrevista del 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷⁴ Entrevistas a una profesional CONADI y la Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, ambas del 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); y una profesional MINSAL, 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷⁵ Ésta estuvo integrada por SERNAM, el Instituto Desarrollo Agropecuario (INDAP), CONADI y el Programa Araucanía Tierra Viva.

⁴⁷⁶ Ésta se constituye en junio 2014, en la IX Región. En ella participan SERNAM, CONADI, MINEDUC, MINSAL, la Universidad de la Frontera y el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, la Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU) y el Ministerio de Desarrollo Social. De acuerdo a una profesional de CONADI (13 de agosto 2014; Temuco, Chile), uno de los temas priorizados para trabajar en esta mesa fue la salud sexual. Sin embargo, habría que esperar a ver si fructifica seguir esta línea temática.

Así, la discusión se circunscribe al ámbito de la salud y de la educación, y principalmente a las discriminaciones por razón de género y clase social. Hasta el momento no se han integrado a las iniciativas otros organismos como CONADI, SENAME o SENADIS, que permita tener una visión más amplia de las dinámicas de exclusión en el contexto de la política; donde la etnicidad, la diversidad funcional y la edad (a excepción de las/os adolescentes) no parecen ser reconocidos como factores segregadores importantes. El Estado parece sólo poner atención en las desigualdades económicas cuando piensa en discapacidad, cuando piensa en niñas/os, cuando piensa en adolescentes, etc. La prioridad suele estar en los grupos más vulnerables, definidas en términos socioeconómicos y de acceso a bienes y servicios⁴⁷⁷.

5.4.3.3 La falta de investigación sobre poblaciones específicas

En opinión de algunas/os entrevistadas/os⁴⁷⁸, la falta de investigación en temas emergentes sobre sexualidad, especialmente en determinadas poblaciones, ha generado que no exista evidencia suficiente para alimentar la formulación de la política pública. No sólo se ha investigado escasamente cómo viven su sexualidad ciertos colectivos, sino que además se han observado pocos esfuerzos por comprender cómo operan articuladamente diversos ejes de exclusión en este campo y cómo esto podría limitar la toma de decisiones de ciertos grupos⁴⁷⁹.

Sin evidencia difícilmente podría pensarse una política que asuma la interseccionalidad. La información estadística desagregada –por sexo, etnicidad y diversidad funcional, entre otros— y el cruce de esta información podría ser una forma de dar luces sobre algunas realidades que hasta el momento la política habría invisibilizado. No obstante, también es importante realizar estudios en profundidad que indaguen en las percepciones y los modos en que diversos sujetos viven su sexualidad y en los principales obstáculos a los que se enfrentan en este campo. Estos elementos son reconocidos como fundamentales para contar con información fiable sobre qué problemáticas debiese abordar la política y qué soluciones se perfilan como las más pertinentes. Ha habido diversas organizaciones de la sociedad civil⁴⁸⁰ que han buscado recabar información al respecto, tanto para hacer

⁴⁷⁷ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷⁸ Entrevistas a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); un profesional SEMADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁷⁹ Al respecto, las Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2012) muestran que existe carencia de información detallada acerca de grupos desfavorecidos de mujeres (mujeres migrantes, mujeres rurales y otras mujeres que se enfrentan a múltiples formas de discriminación) (Párr. 42).

⁴⁸⁰ Entrevistas a un miembro del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); la Coordinadora del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile); entre otros (Anexo N°6).

seguimiento de la política nacional como para iluminar nuevas problemáticas. Sin embargo, la tarea no ha sido sencilla, pues no siempre la información es accesible (por ejemplo, la información estadística⁴⁸¹).

5.4.3.4 El escaso diálogo entre el nivel local y el nivel central

Al consultar a profesionales de organismos gubernamentales sobre los posibles cruces de desigualdades en el contexto de la política, algunas/os manifestaron que ha habido experiencias interesantes a nivel local que no han sido sistematizadas⁴⁸². Frente a esto, cabe reflexionar sobre cómo se da la articulación y la transferencia de información entre la política a nivel central y las experiencias locales. La implementación misma de la política puede brindar información respecto de las necesidades o demandas particulares de ciertos territorios y colectivos. No obstante, si la ejecución a nivel local y las experiencias de los equipos no suelen ser sistematizadas ni consideradas en el proceso de formulación de la política, difícilmente éstas podrán retroalimentar las propuestas a nivel nacional. Esta insuficiencia en el intercambio de información no sería más que el reflejo de la brecha que se concibe entre lo que la política dictamina y lo que la política realmente genera en la práctica (Sección 5.2.1.3). Principalmente, en contacto con las realidades particulares sería posible visualizar a este sujeto intersectorial. Si la política nacional se (re)formula alejada de las prácticas de los equipos y las/o usuarias/os, más complejo será iluminar a este sujeto.

5.4.3.5 Los movimientos sociales escasamente han posicionado un sujeto interseccional

Finalmente –aunque no fue tratado directamente por las personas entrevistadas, sino más bien insinuado–, se considera que uno de los elementos que ha limitado la concepción de un sujeto interseccional en el ámbito de la política pública, ha sido que los movimientos sociales escasamente han podido levantar demandas desde esta lógica. Por ejemplo, tanto el movimiento feminista como el de la diversidad sexual –que han sido los más interesados en estos asuntos– han tendido a posicionar a un colectivo homogéneo, lo que anula las diferencias internas. Para el caso particular de la salud sexual y reproductiva, este *esencialismo estratégico*⁴⁸³ (Spivak, 1993) parece tener sentido en el

⁴⁸¹ Al respecto, la Presidenta de CIMUNDIS destaca el problema suscitado con el Censo 2012, que fue descartado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), dada una serie de problemas vinculados a la recolección y tratamiento de los datos. La recomendación fue volver a realizarlo y no hacer uso de estos datos para la gestión de políticas públicas, pues éstos no cumplen con los estándares de un Censo. Hasta el momento, la enmienda no ha sido desarrollada.

⁴⁸² Entrevistas a un profesional SENADIS, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁸³ Con este concepto Spivak (1993) alude a la solidaridad de carácter temporal, de distintos colectivos o grupos que se juntan bajo el paraguas de una misma ‘esencia’ de grupo (por ejemplo, las mujeres en cuanto mujeres), obviando las diferencias entre individuos del mismo grupo, con propósito de alcanzar logros concretos.

caso de Chile, dado que avanzar en estas materias ha sido bastante complicado. El colectivo de mujeres, por ejemplo, se posiciona como un actor homogéneo que plantea una demanda que es transversal a diferentes mujeres, con el propósito de lograr mayor visibilidad y presión en el debate público. En estas luchas, las diferencias internas parecen desaparecer y sólo parece importar cómo el género –y en ocasiones la clase social— ha limitado la autonomía de las mujeres. Otras demandas o reivindicaciones pasan a un segundo plano, con intención de posicionar una demanda que se considera urgente (por ejemplo, la despenalización del aborto).

Los movimientos sociales han trabajado en red al momento de levantar demandas al respecto, el movimiento de mujeres y el movimiento por la diversidad sexual se han articulado y en algunas ocasiones en una misma organización confluyen ambas reivindicaciones⁴⁸⁴. Ambos movimientos, además, se han vinculado con otras organizaciones que se abanderan con la lucha contra discriminaciones de todo tipo⁴⁸⁵, lo que podría ser una oportunidad de posicionar públicamente un sujeto que es excluido socialmente a partir de diversos sistemas de poder. No obstante, esta articulación muchas veces parece sólo ser pragmática, busca alcanzar un objetivo concreto (como el reconocimiento del acuerdo de unión civil, la interrupción voluntaria del embarazo, etc.), más que visibilizar dinámicas de exclusión complejas o salir de las lógicas hegemónicas de comprensión de la realidad.

El discurso más próximo a la interseccionalidad ha estado principalmente en el movimiento de mujeres indígena⁴⁸⁶, en organizaciones de mujeres inmigrantes y afrodescendientes⁴⁸⁷ y también en organizaciones como CIMUNIDIS⁴⁸⁸, que buscan articular en sus propuestas el género con la etnicidad y el género con la diversidad funcional, respectivamente. Sin embargo, esta tendencia sólo recientemente comienza a observarse y no parece ser generalizada al interior del movimiento feminista. Han existido iniciativas que han buscado dar cuenta de cómo se imbrican diversos ejes de exclusión para dar paso a situaciones más complejas (por ejemplo, al representante la penalización del aborto como tema de género y de clase social). No obstante, estas tendencias,

⁴⁸⁴ Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁸⁵ Un ejemplo es la llamada “Marcha de todas las marchas” que congregó a diversos colectivos y organizaciones de la sociedad civil en defensa de la igualdad y la demanda por una nueva Constitución Política. Para mayor información ver: <http://www.marchadetodaslasmarchas.cl/> (último acceso el 18 de mayo 2015).

⁴⁸⁶ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una representante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁸⁷ Entrevistas a una integrante de una la Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, 19 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de la Agrupación de Mujeres de Afrodescendientes LUANDA (XV Región), 21 de julio 2014 (Vía Skype) (Anexo N°6).

⁴⁸⁸ Entrevista a la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

aparentemente, aún no han cobrado mayor visibilidad. Este elemento ameritaría mayor profundización dada su relevancia, pero esto se escapa a los propósitos de esta tesis.

En base a lo expuesto, se observa que la concepción de sujeto propuesta por la política de salud sexual y reproductiva en Chile se mueve entre lógicas *estandarizadas* y *múltiples*. Por un lado, la figura de “mujer-madre” parece ser impuesta como el estándar en el discurso de la política, invisibilizando la realidad de otras mujeres y otros sujetos (diversidades sexuales, hombres, adultas/os mayores, niñas/os, personas en situación de discapacidad, población indígena e inmigrantes).

Por otro lado, la inclusión de otros grupos sociales ha tendido a ser escasa y a estar desarticulada, donde se atienden dimensiones de exclusión por separado y en el caso de contemplar más de una, tiende/n a primar un/os eje/s sobre otro/s. Uno de los ejes más aludidos suele ser el nivel socioeconómico (clase social), que parece ser una dimensión transversal a las políticas públicas en Chile, con el propósito de atender al sector de la población reconocido como más vulnerable (como los adolescentes de escasos recursos y las mujeres en edad fértil de escasos recursos). Sin embargo, este énfasis merma el reconocimiento de la autonomía de las personas, al concebirlas como sujetos de protección más que dotados de “voz” en el contexto de la política. Por lo que no podría hablarse de un enfoque de interseccionalidad propiamente tal, aunque considerara más de dos ejes de exclusión (Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

Entre las limitaciones identificadas para la representación de un sujeto interseccional en la política estudiada se encontrarían: i) la escasa capacidad de SERNAM para representar al colectivo heterogéneo de mujeres; ii) la existencia de organismos de igualdad “unitarios” y la poca coordinación intersectorial; iii) la falta de investigación sobre poblaciones específicas; iv) un diálogo insuficiente entre la política a nivel central y su aplicación a nivel local; y v) la escasa capacidad de los movimientos sociales para posicionar un sujeto interseccional.

La exigua visibilidad de un sujeto interseccional responde a una cultura organizacional del Estado que ha tendido a abordar las desigualdades por separado (con una estructura de igualdad escindida y por la falta de coordinación entre servicios públicos) y que ha exhibido dificultades para comprender que los problemas públicos suelen ser vividos de diversas formas por diferentes grupos sociales. Igualmente, la falta de investigación desde esta mirada y el escaso diálogo entre los niveles local y central han limitado que la formulación de la política pueda integrar esta complejidad. Lo que, a su vez, es reforzado por la escasa capacidad que han tenido los movimientos sociales para posicionar demandas que visibilicen una estructura de poder múltiple e imbricada.

5.5 Conclusiones

De acuerdo a lo tratado en el capítulo, se observa que la preponderancia de marcos interpretativos que proponen *referentes normativos particularistas* (Marco interpretativo de *Salud pública* y *Valores tradicionales*) limita la integración de discursos que proponen referentes normativos pluriversalistas, como un enfoque de derechos humanos (Marco interpretativo de *DDSSRR*) y los planteamientos desde los movimientos sociales más radicales, que reivindican otros modos de comprender la sexualidad y las relaciones de poder que la regulan (Marco interpretativo de *Autonomía, sexualidad y placer*). Asimismo, se ha revisado por qué la política estudiada propondría un *doble discurso* — que estaría dado por la brecha entre el discurso de la política y lo que efectivamente ésta brinda a la población—, al no existir una política pública propiamente tal que aborde la especificidad de la sexualidad y la reproducción; al plantearse una política más bien declarativa y escasamente operativa; y al existir una escasa coordinación entre el nivel central y local.

Respecto a la *visión de sociedad*, se evidencia que la política ha tendido a lógicas *jerárquicas*, a pesar de exhibir un planteamiento proclive a la participación de la sociedad civil en las iniciativas de gobierno. Esto vendría dado por espacios de diálogo escasos e insuficientemente institucionalizados, que a la vez no son vinculantes, niegan el conflicto entre actores políticos, excluyen los intereses de diversas mujeres y diversos colectivos, y parecen privilegiar un conocimiento técnico. A partir de mecanismos poco efectivos de diálogo entre Estado y sociedad civil, es que la figura del *lobby* parece ser más productiva para generar incidencia en el proceso de formulación de la política. Esto se debe a que las decisiones relevantes la seguirían tomando actores políticos gubernamentales, que funcionan a partir de lógicas de consenso, que se alejan de intereses de la ciudadanía.

Finalmente, el capítulo ha mostrado cómo la *concepción de sujeto*, propuesta por la política estudiada, se ha movido entre lógicas *estandarizadas* y *múltiples*, lo que ha limitado la representación de un sujeto moldeado por diversos ejes de inclusión/exclusión. La política integra sólo algunas dimensiones de desigualdad que son relevantes en el escenario chileno y respecto del modo en que se construye socialmente la sexualidad (especialmente, el género y la clase social). El foco estaría, principalmente, en mujeres y adolescentes de escasos recursos, los que son representados homogéneamente. Este énfasis invisibiliza a otros sujetos (como diversidades sexuales, hombres, población indígena e inmigrante, adultas/os mayores, niñas/os y personas en situación de discapacidad), quienes son marginados del debate, a la vez que sus demandas sexuales y reproductivas son desatendidas.

Por último, para complementar el análisis sobre la *concepción de sujeto*, se ha reflexionado sobre algunos elementos que dificultarían la comprensión de un sujeto interseccional en el contexto de la política. Entre éstas se encuentran: i) la escasa capacidad de SERNAM para representar la heterogeneidad de mujeres, ii) la existencia de organismos de igualdad unitarios, iii) la falta de investigación sobre poblaciones específicas, iv) un diálogo insuficiente entre nivel central y local, y v) el escaso posicionamiento de un sujeto interseccional por parte de los movimientos sociales.

En base a la información presentada en el capítulo, se afirma que la política de salud sexual y reproductiva en Chile, en los últimos 15 años, ha exhibido una *noción de inclusión social* que se acerca más a *lógicas de asimilación* que a lógicas pluralistas. Esto ocurre dado que propone referentes normativos particularistas, una visión de sociedad jerárquica y una concepción de sujeto que se mueve entre lo estandarizado y lo múltiple.

CAPÍTULO VI:

CONTINUIDADES Y RUPTURAS: EL PROCESO DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE A TRAVÉS DE CUATRO GOBIERNOS

6.1 Introducción

Para complementar el análisis empírico –y responder al séptimo objetivo específico de investigación—, este capítulo hace un recorrido general por la trayectoria de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, en base a los cuatro gobiernos presentes en el periodo 2000-2015. Este análisis surge a partir del trazado del proceso de la política (Capítulo III) y del análisis a las 33 entrevistas realizadas a actores gubernamentales y de la sociedad civil. Además, se integra información adicional a partir de una revisión documental complementaria (sitios web, leyes, proyectos de ley y periódicos), con el propósito de profundizar, ampliar y precisar la información proporcionada por las personas entrevistadas. Con este panorama general, se finaliza el análisis empírico, abordando algunas de las principales limitaciones para que la política pueda ser concebida desde un ideal normativo pluralista.

El capítulo se ha dividido en tres apartados. El primero describe cuáles fueron las prioridades de cada gobierno en el ámbito de política abordado, destacando sus principales iniciativas y la noción de inclusión social sugerida por cada uno. El segundo apartado da cuenta de algunas continuidades entre los cuatro mandatos presidenciales, que han frenado el avance de la política en términos de inclusión social. Finalmente, la tercera sección concluye el capítulo, retomando las principales ideas abordadas.

6.2 Énfasis y prioridades de cada gobierno

Los cuatro gobiernos, entre los años 2000 y 2015, han presentado matices respecto de su discurso sobre la sexualidad y la inclusión social en el ámbito de las políticas públicas. Con la intención de mostrar sus diferentes énfasis, a continuación se trabajan cuatro secciones que ahondan en las prioridades exhibidas por cada mandato presidencial: Ricardo Lagos (2000-2006), Michelle Bachelet (2006-2010), Sebastián Piñera (2010-2014) y Michelle Bachelet 2.0 (2014-2015).

6.2.1 Ricardo Lagos (2000-2006): la importancia de la participación ciudadana

El gobierno de Ricardo Lagos estuvo centrado en consolidar la Reforma Sanitaria y un sistema público de protección social. El propósito fue modificar las lógicas impuestas por

el régimen militar y sentar las bases de una política de acceso universal sobre criterios de equidad. La Reforma de Salud apuntó a resolver las desigualdades en el ámbito sanitario y fomentar la participación ciudadana, a partir de la institucionalización de mecanismos para ello⁴⁸⁹.

Aunque se promovió la equidad, la Reforma Sanitaria no incorporó una perspectiva de género, y la sexualidad y la reproducción no fueron prioridad en este escenario. Las iniciativas generadas en estos campos, que pueden distinguirse como avances, fueron la inclusión de la anticoncepción de emergencia (AE), la prevención y el apoyo al embarazo adolescente, las Normas para la atención a víctimas de violencia sexual y la Normas sobre esterilización voluntaria. Dichas acciones exhibieron una representación de la sexualidad vinculada a un enfoque sanitario (Marco interpretativo N°1) –aunque matizada con una perspectiva de derechos humanos y un enfoque de género (Marco interpretativo N°4) —, que se centró principalmente en la regulación de la fertilidad en grupos poblacionales reconocidos como vulnerables (por ejemplo, las/os jóvenes y las mujeres de escasos recursos).

Entre las acciones que impulsaron el diálogo entre el Estado y la sociedad civil en el proceso de la política, adquiere relevancia la conformación de la Mesa de Trabajo en Sexualidad. En esta mesa, algunos organismos académicos y ONGs tuvieron la oportunidad de discutir y dar su opinión sobre algunas iniciativas, por ejemplo, las Normas para la atención de víctimas de violencia sexual. Sin embargo, las principales demandas de la sociedad civil fueron desatendidas. Aunque Lagos hizo referencia públicamente a la posibilidad de legislar sobre aborto terapéutico, este debate no logró profundidad ni hubo propuestas explícitas en su programa de gobierno. El proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivo (2000), generado por organizaciones de la sociedad civil, tampoco fue discutido en este periodo.

Una iniciativa interesante –en términos de inclusión social— fue la política de salud y pueblos originarios (2006), que buscó ser generada y gestionada con la participación activa de las comunidades indígenas y distintos actores interesados en la temática (expertas/os, implementadores de política y organizaciones sociales). Aunque la formulación de la política no integró explícitamente la sexualidad ni una perspectiva de género, a partir de la demanda en algunas regiones del país se logra incluir la pertinencia cultural al ámbito de la salud reproductiva, a través del Programa de Salud de la Mujer y el Programa Chile Crece Contigo.

⁴⁸⁹ Para mayor información sobre las iniciativas impulsada por el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006), en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ver la sección 3.3.1.

En lo que respecta a educación sexual, el gobierno de Lagos inició un proceso importante para promover una política nacional, desde una propuesta pedagógica basada en el enfoque derechos humanos (Marco interpretativo N°3), que reconoce la formación en sexualidad como un derecho, sobre criterios de igualdad y no discriminación. No obstante, el Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad (2005) no implicó el desarrollo de medidas concretas, lo que redujo sus posibilidades de impacto. El énfasis de este gobierno siguió principalmente la línea de la regulación de la fertilidad en la población adolescente (mediante la distribución de preservativos y la implementación de programas de prevención del embarazo), que intentó modificar las dinámicas tradicionales de la atención en salud, al asumir a las personas como sujeto de derecho (Marco interpretativo N°4). Sin embargo, este discurso no permeó otros temas vinculados a la sexualidad (por ejemplo, el debate sobre el aborto o el reconocimiento de la sexualidad en otros colectivos).

De este modo, la noción de inclusión social propuesta por el gobierno de Ricardo Lagos tiende hacia un ideal normativo de *asimilación*, aunque intentó avanzar hacia lógicas pluralistas, al incorporar un discurso de derechos humanos y motivar mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil. Este gobierno planteó un referente normativo *particularista*, centrado en un enfoque sanitario que representa la sexualidad ligada principalmente a la reproducción; una visión de sociedad *jerárquica*, al no integrar las demandas y propuestas de diversos actores políticos (por ejemplo, el proyecto de ley Marco sobre DDSSRR); y una concepción de sujeto *múltiple*, al intentar incluir a nuevos sujetos y nuevos ejes de exclusión al ámbito de la política (como los pueblos indígenas y la diversidad sexual), sin considerar necesariamente una mirada interseccional.

6.2.2 Michelle Bachelet (2006-2010): la prioridad de la igualdad de género

El primer mandato de Michelle Bachelet siguió la línea trazada por Ricardo Lagos en la inclusión de un enfoque de derechos en las políticas públicas y en el fortalecimiento de la participación ciudadana. El énfasis de este gobierno estuvo en la introducción de una perspectiva de género en la administración del Estado, propósito que estuvo presente en el gobierno anterior —siendo Bachelet Ministra⁴⁹⁰—, pero que en este periodo toma mayor protagonismo, por ejemplo, a través de los Consejos de Género en cada ministerio⁴⁹¹ y de

⁴⁹⁰ Algunas entrevistadas reconocen que la figura de Michelle Bachelet, como Ministra de Salud del gobierno de Ricardo Lagos, fue importante para avanzar en la incorporación de una perspectiva de género en las iniciativas sanitarias. Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); y una integrante de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁹¹ Esta propuesta fue generada desde el movimiento feminista y acogida por la presidenta Bachelet. Así, cada ministerio contó con una persona a cargo de la inclusión de una perspectiva de género en la gestión ministerial. Sin embargo, esta iniciativa no contó con el presupuesto suficiente. Entrevista a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

la Agenda de Género. Esta intención presidencial fue alentada, además, por parte del movimiento feminista que se implicó en su campaña y su mandato presidencial⁴⁹².

Durante el gobierno de Lagos, se habló explícitamente sobre garantías universales en salud y es en el gobierno de Bachelet donde toma fuerza la proclama por los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) (Marco Interpretativo N°4), que es una demanda del movimiento feminista desde los años 90. Este gobierno mostró sensibilidad ante el tema y generó algunos avances al respecto, desde una lógica de derechos e igualdad de género (por ejemplo, las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad). Sin embargo, en opinión de algunas entrevistadas⁴⁹³, no se abordaron asuntos claves, como el aborto⁴⁹⁴ y el proyecto de ley Marco sobre DDSSRR (2000/2008). La presidenta se comprometió a acelerar el proceso del proyecto de ley en el Parlamento, pero finalmente no lo hizo⁴⁹⁵.

Como el gobierno de Lagos, el primer mandato de Bachelet no propone una política coherente y con un foco claro en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, sino más bien iniciativas aisladas enfocadas especialmente en la regulación de la fertilidad de sectores poblacionales reconocidos como vulnerables (Marco interpretativo N°1). Para algunas activistas feministas⁴⁹⁶ no se observan mayores diferencias entre el gobierno de Lagos y Bachelet, pues ninguno de los dos mostró un interés real por abordar estos asuntos ni por incorporar las propuestas emanadas desde la sociedad civil⁴⁹⁷. No obstante, poco antes de dejar la presidencia, Bachelet dio algunas señales sobre su interés de profundizar en la garantía de los DDSSRR (Marco Interpretativo N°4), principalmente a partir del Plan de Igualdad de Oportunidades 2010-2020, que plantea el abordaje de los DDSSRR y la despenalización del aborto terapéutico. Esta intención será retomada en su segundo mandato (Sección 6.2.4).

⁴⁹² Para mayor información sobre las iniciativas impulsada por el primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010), en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ver la sección 3.3.2.

⁴⁹³ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁹⁴ De hecho, en 2009, el gobierno de Chile rechaza las recomendaciones del Examen Periódico del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre el tema.

⁴⁹⁵ Entrevista a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁹⁶ Entrevistas a una profesional CEMERA, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁴⁹⁷ Las profesionales y activistas feministas que contribuyeron al trabajo de este gobierno manifiestan su descontento. Una muestra de esto fue la publicación del libro “Y votamos por ella. Michelle Bachelet: miradas feministas” (Burotto y Torres, 2010), que hace un análisis evaluativo del primer mandato de Bachelet desde el movimiento feminista. Entrevista a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

En lo que respecta a la educación sexual, este gobierno continuó con el Plan Nacional elaborado en el gobierno anterior (Marco Interpretativo N°3 y N°4). En este contexto, se enfatiza en la incorporación de una perspectiva de género, por lo que se potenció la Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género⁴⁹⁸ (MINEDUC) y se intentó promover la corresponsabilidad en la educación sexual. Sin embargo, la implementación del Plan Nacional sólo contempló los programas PASA y PLANESA, que apuntaron a la capacitación docente.

Respecto de la incidencia de la sociedad civil en el ámbito de la política analizada, este gobierno impulsó el Consejo de Salud de Género (2007) y el Consejo de Jóvenes y Adolescentes (2010), donde se abordaron temas de interés para las organizaciones participantes (como la Actualización del Programa de Salud Adolescente y la revisión de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, respectivamente). No obstante, en ambos Consejos sólo se trataron temas puntuales y que venían predefinidos desde el gobierno. Las iniciativas y demandas emanadas desde la sociedad civil (como el manual pedagógico sobre educación sexual difundido por MOVILH⁴⁹⁹, la Ley Marco sobre DDSSRR y la despenalización del aborto⁵⁰⁰) no fueron incluidas a la agenda pública.

Al igual que el gobierno de Lagos, el primer mandato de Michelle Bachelet propone una noción de inclusión social sobre un ideal normativo de *asimilación*, aunque intentó profundizar y diversificar la línea de trabajo del gobierno anterior hacia lógicas más pluralistas (al integrar un discurso de derechos humanos, una perspectiva de género y fortalecer los mecanismos de diálogo). El referente normativo continuó siendo *particularista*, centrado en un enfoque sanitario que vincula la sexualidad principalmente a la fertilidad (Marco Interpretativo N°1). La visión de sociedad tendió a la *jerárquica* al no incorporar las demandas y propuestas de actores de la sociedad civil. Y la concepción de sujeto se inclina a ser *múltiple*, al intentar integrar nuevos ejes de exclusión (al promover, por ejemplo, la corresponsabilidad en materia de anticoncepción), sin considerar necesariamente una mirada interseccional.

6.2.3 Sebastián Piñera (2010-2014): el fomento de la maternidad

El gobierno de Sebastián Piñera implicó un salto cualitativo en las iniciativas estatales sobre sexualidad. Gran parte de las propuestas generadas por los dos mandatos anteriores fueron interrumpidas o pierden prioridad (como el programa de salud y pueblos indígena,

⁴⁹⁸ Esta iniciativa se desprende del proceso impulsado por Ricardo Lagos (2004-2005).

⁴⁹⁹ Entrevista a un integrante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁰⁰ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

los Consejos Consultivos en Salud y la Ley N°20.418). Si se observa continuidad entre los gobiernos de Lagos y Bachelet, el periodo presidencial de Piñera representa una ruptura significativa con el trabajo desarrollado hasta entonces⁵⁰¹.

El énfasis del gobierno de Piñera estuvo en el fomento de la familia y la maternidad (Marco Interpretativo N°2), lo que limitó la inclusión de una perspectiva de género y la representación de un sujeto de derecho en la política (Marco Interpretativo N°4). Evidencia de esto, es que se redujo la distribución de preservativos en la población juvenil⁵⁰² y se desarrollaron programas de fomento a la maternidad (como el Programa de Apoyo a la Maternidad y el Programa de fertilidad asistida), lo que desdibuja a las mujeres como sujeto de derecho⁵⁰³. Aunque la arquitectura formal de las políticas de igualdad de género —generadas en gobiernos anteriores— se mantuvieron, los discursos más conservadores sobre el rol de la mujer en la sociedad permearon las políticas de SERNAM y otros organismos públicos (Valdés, 2013)⁵⁰⁴.

La Ley N°20.418⁵⁰⁵ en este gobierno no fue trabajada íntegramente, se generó un reglamento desde el MINSAL, pero no un reglamento desde MINEDUC, sobre la formación en sexualidad en establecimientos de educación secundaria. En cambio, se propusieron siete programas que ignoraron completamente el Plan Nacional vigente (2005). El enfoque de derechos humanos —y con ello el principio de no discriminación e igualdad de género— pierde fuerza (Marco interpretativo N°3 y N°4), mientras se profundiza en el principio de libertad de enseñanza y el rol subsidiario del Estado (Marco interpretativo N°2). Bajo un argumento de pluralismo, se propusieron siete programas que no siguieron los planteamientos de la política nacional e instalaron un marcado discurso conservador (Palma, Reyes y Moreno, 2013). De hecho, algunos de los programas transgredían ciertos derechos y garantías definidas en el marco del Plan, al patologizar la homosexualidad.

Los mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil en el gobierno de Piñera fueron más bien nominales. Algunas personas entrevistadas⁵⁰⁶ comentan que durante este

⁵⁰¹ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); tres profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio y del 22 de septiembre 2014, respectivamente (Santiago, Chile); entre otras (Anexo N°6).

⁵⁰² Entrevistas a dos profesionales de INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁰³ Entrevista a una integrante de Corporación Humana, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁰⁴ Para mayor información sobre las iniciativas impulsada por el gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014), en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ver la sección 3.3.3.

⁵⁰⁵ Ley N°20.418: Fija Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” (Anexo N°4).

⁵⁰⁶ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014; dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014; y dos profesionales SERNAM, 2 y 9 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

gobierno la participación ciudadana decayó, pues se le dio escaso énfasis. Existieron mesas de diálogo, pero no siempre tuvieron continuidad ni lograron incidencia en la formulación de la política. Los Consejos Consultivos en Salud, por ejemplo, siguen funcionando, pero pierden importancia en relación a los gobiernos anteriores⁵⁰⁷. Además, los siete programas de educación sexual propuestos fueron definidos por el gabinete del ministro de educación y ni los profesionales de MINEDUC tuvieron injerencia en la iniciativa⁵⁰⁸.

De esta manera, la noción de inclusión social propuesta por el gobierno de Piñera es mucho más cercana a lógicas de *asimilación* que los dos anteriores. Los intentos por avanzar hacia una política más pluralista fueron frenados en este periodo presidencial. El referente normativo de la política es *particularista*, a partir del énfasis en un discurso conservador (Marco Interpretativo N°2), en desmedro de un discurso de derechos humanos (Marco Interpretativo N°3). La visión de sociedad es marcadamente *jerárquica*, al promoverse escasamente los espacios de diálogo existentes y al no considerar a las organizaciones de la sociedad civil en la formulación de propuestas. Y la concepción de sujeto tendió a ser *estandarizada*, al focalizar su atención en mujeres heterosexuales en edad fértil, representadas necesariamente como madres.

6.2.4 Michelle Bachelet 2.0 (2014-2015): los derechos sexuales y reproductivos

El segundo gobierno de Michelle Bachelet manifiesta explícitamente la necesidad de seguir avanzado en el campo de la igualdad de género y de los DDSSRR, por ejemplo, se creó el Área del buen vivir de la sexualidad en SERNAM y el programa del mismo nombre, y se presentó del proyecto de ley sobre interrupción del embarazo en tres causales⁵⁰⁹. Estas iniciativas implican necesariamente un cambio de lógicas respecto del gobierno anterior. Se reconoce como un hito que desde el Ejecutivo haya voluntad de legislar sobre DDSSRR y de incorporar profesionales, vinculadas al movimiento feminista, a la administración estatal (como la Ministra y la Subsecretaria de SERNAM y la encargada de la Unidad de Género en MINSAL)⁵¹⁰. Al respecto, una entrevistada plantea⁵¹¹:

“Es histórico, porque nunca un presidente ha propuesto legislar sobre el tema. Todos han dicho que no van a legislar y lo han declarado en sus campañas presidenciales y durante todos sus gobiernos, y lo repiten sus ministros (...). Nunca se ha logrado discutir y debatir, y me parece que éste va a ser el primer momento en el que realmente va haber debate”.

⁵⁰⁷ Entrevista a una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁰⁸ Entrevista a dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁰⁹ Para mayor información sobre las iniciativas impulsada en los dos primeros años del segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014-2015), en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, ver la sección 3.3.4.

⁵¹⁰ Entrevista a una profesional del ámbito de la salud, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional MINSAL, 9 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Católicas por el Derecho a Decidir (V Región), 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹¹ Entrevista a una profesional del ámbito de la salud, 30 de junio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

En contraste, otras entrevistadas⁵¹² son más escépticas por lo visto el mandato anterior de Michelle Bachelet, o porque se evidencia que las demandas de la sociedad civil siguen siendo postergadas (como la despenalización del aborto en toda circunstancia).

El actual gobierno de Bachelet plantea fomentar las instancias de diálogo entre Estado y sociedad civil (como los Consejos Consultivos en Salud y los definidos por la Ley N°20.500) e integrar a diversos actores en la formulación de una política sobre DDSSRR. Las formas de participación y diálogo —al mes de septiembre del 2014, cuando se realizaron las entrevistas— estaban siendo discutidas y planificadas⁵¹³. La propuesta se dirige a ampliar el foco de la política, ya no sólo centrada en mujeres en edad fértil, sino en otros sectores (como mujeres adultas mayores y hombres adolescentes), desde una lógica de derechos humanos y ciclo vital. La finalidad es integrar a sectores que han sido ignorados en el contexto de la política (como la población indígena y las diversidades sexuales). Al mes de diciembre del 2015 no se han materializado todas estas intenciones, pero en relación a las propuestas de gobiernos anteriores representa un salto cualitativo en el abordaje de la sexualidad.

De este modo, la noción de inclusión social propuesta por el segundo gobierno de Michelle Bachelet tiende a lógicas más pluralistas que los mandatos presidenciales anteriores, donde el discurso de DDSSRR, la inclusión de una perspectiva de género (Marco Interpretativo N°4) y el fortalecimiento de los mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil en el ámbito parecen ganar en énfasis. La mirada sanitaria (Marco Interpretativo N°1) parece ceder espacio ante un discurso de derechos (Marco Interpretativo N°4). Así, la política durante este gobierno plantearía un referente normativo que se movería entre lógicas *particularista* y *pluriversales*, al intentar desmarcarse de un enfoque netamente sanitario para pensar iniciativas que respeten las decisiones particulares de las personas; una visión de sociedad que aspira a avanzar en términos de *heterarquía*, al querer integrar las demandas y propuestas de diversos sectores sociales y actores políticos; y una concepción de sujeto *múltiple*, al intentar ampliar el foco —ya no sólo en mujeres en edad fértil— e integrar diversos ejes de exclusión al ámbito de la política (hombres, diferentes grupos etarios, población indígena, diversidades sexuales, etc.). Sin embargo, aún no es posible saber hasta qué punto las intenciones de este gobierno permitirán efectivamente avanzar hacia una política sobre un ideal normativo pluralista.

⁵¹² Entrevista a dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos de la CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); y una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹³ Entrevista a una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

6.3 Percepción de continuidades

Como se ha revisado anteriormente, existen diferencias de énfasis en cada uno de los últimos cuatro gobiernos en materia de sexualidad. No obstante, es posible visualizar algunas continuidades. Hay quienes consideran que son muchas más las similitudes que las diferencias entre periodos presidenciales, donde ha primado la figura de un Estado ausente y temeroso de abordar la sexualidad en el espacio público. A continuación se ahonda en las semejanzas más relevantes exhibidas entre los años 2000 y 2015, de acuerdo a la opinión de las personas entrevistadas. El apartado se divide en tres secciones que identifican tres elementos de continuidad entre los gobiernos: la escasa voluntad política y la oposición de sectores conservadores para abordar la sexualidad; la percepción de avances y retrocesos; y la existencia de trabas a nivel institucional y constitucional.

6.3.1. La escasa voluntad política y la oposición de actores conservadores

En opinión de las personas entrevistadas, mayoritariamente pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil⁵¹⁴, una de las principales similitudes entre los cuatro gobiernos se refiere a la escasa voluntad política de abordar la sexualidad como un asunto público, dadas por las resistencias desde sectores conservadores. La sexualidad y la reproducción, hasta el momento, han sido abordadas principalmente desde un discurso de salud pública (Marco Interpretativo N°1), que ha tendido a ceder a las presiones desde los sectores conservadores (iglesias cristianas, partidos conservadores⁵¹⁵ y organizaciones “pro-vida”) (Marco Interpretativo N°2). En ninguno de los cuatro gobiernos se visualiza una intención concreta de generar una política coherente, con directrices claras, que contemple los diversos elementos que implica pensar la sexualidad de modo integral y reconozca la autonomía de las personas. El gobierno más próximo a esto sería el segundo mandato de Michelle Bachelet.

La sexualidad es sindicada como un asunto que genera muchas rencillas y reticencias políticas, por lo que nunca ha sido una prioridad gubernamental ni se han emprendido mayores esfuerzos por formular una política integral, intersectorial y con la participación de diversos sectores de interés. Con ello, se evade el tema de fondo y sólo se generan iniciativas reactivas y/o parciales ante contingencias o polémicas específicas (por

⁵¹⁴ Entrevistas a dos profesionales de MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); una profesional CEMERA, 30 DE junio 2014 (Santiago, Chile); un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una integrantes de Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); una integrante de Colectiva La Huacha Feminista, 29 de julio 2014 (Valparaíso, Chile); una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una representantes de Católicas por el Derecho a Decidir, 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile); una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹⁵ Los partidos de la Democracia Cristiana (DC), la Unión Demócrata Independiente (UDI) y la Renovación Nacional (RN).

ejemplo, niñas abusadas sexualmente y embarazadas producto de ello o las polémicas en establecimientos educacionales)⁵¹⁶. Estas acciones, además, no tratan la sexualidad en sentido positivo y no siempre garantiza la autonomía de las personas, especialmente de mujeres y menores de edad (Sección 5.4.1).

Existen reacomodos en la política a nivel nacional (como las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, el proyecto de ley sobre interrupción del embarazo en tres casuales, la distribución de la AE y algunos programas de educación sexual), pero no la formulación de una política coherente que garantice el ejercicio libre de la sexualidad (Sección 5.2.3.1). Sólo se generan iniciativas con el fin de dejar tranquila a la opinión pública, donde además los sectores conservadores tienen amplia influencia⁵¹⁷, por lo que no se han propuesto medidas satisfactorias ni robustas (Sección 5.2.3.2). Prueba de esto es la educación sexual, existe un Plan Nacional, la Ley N°20.418 proclama su obligatoriedad en la educación media, se han desarrollado manuales y se han implementado algunos programas, pero estas acciones son insuficientes para instalar una política nacional que se precie de tal. No se han desarrollado evaluaciones, la cobertura no es satisfactoria y los establecimientos educativos gozan de la autonomía para definir qué recomendaciones de MINEDUC tomar y cuáles desatender. No existe una propuesta de Estado clara, exigible ni garantizable al respecto. Son las crisis o polémicas concretas las que detonan el debate público y en varias oportunidades ni eso es suficiente —dada la fuerte influencia de sectores conservadores— para producir cambios significativos.

Una posible explicación de la escasa voluntad exhibida por los cuatro gobiernos alude a los costos políticos asociados de tratar la sexualidad como tema público (Shepard, 2000; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Los gobiernos serían reticentes a tratar abiertamente estas materias desde una lógica más progresista, por los posibles conflictos que esto pueda generar al interior de las coaliciones políticas⁵¹⁸ (la *Nueva Mayoría*⁵¹⁹) y con los sectores conservadores. Lo que, además, podría repercutir en el porcentaje de aprobación por parte de la opinión pública y/o actores políticos influyentes. Un ejemplo de esto es la actual polémica sobre el aborto y la renuncia de la ex Ministra de Salud, Helia Molina, en diciembre del 2014. Molina manifestó —en una entrevista a un periódico nacional⁵²⁰—, que una política restrictiva como la chilena genera que quienes tienen los recursos

⁵¹⁶ Entrevista a dos profesionales del programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹⁷ Entrevista a un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹⁸ Entrevista a una representante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵¹⁹ Coalición política a la que pertenece actualmente la presidenta Bachelet, donde el partido Demócrata Cristiano muestra una gran influencia. Entrevistas a una integrante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile); y un profesional Programa PASA, 21 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁰ De Améstica, Catalina (2014, 30 diciembre) “Ministra Molina: ‘En todas las clínicas cuicas, muchas familias conservadoras han hecho abortar a sus hijas’”, *La Segunda*. Recuperado de: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/12/984214/ministra-molina-en-todas-las-clinicas-cuicas-muchas-familias-conservadoras-han-hecho-abortar-a-sus-hijas> (último acceso el 15 de septiembre 2015).

económicos puedan acceder al sistema de salud privado para interrumpir sus embarazos. Estas declaraciones fueron ampliamente criticadas por los sectores conservadores, cuando ésta es una realidad sobre la que hay suficiente evidencia.

Los costos políticos perpetúan la marginalidad de quienes defienden los DDSSRR y permiten tener tras bambalinas los desacuerdos entre los actores (Shepard, 2000:137). Por estas razones, los gobiernos se han cuidado de no activar fricciones en el debate y moverse con extrema cautela respecto de las iniciativas que emprenden y/o las declaraciones públicas que realizan. El movimiento feminista y las organizaciones de la sociedad civil han contribuido a hacer frente a estos costos políticos, prestando apoyo a quienes se manifiestan a favor de estas demandas y visibilizando el *doble discurso* al que dan origen las políticas públicas restrictivas⁵²¹. Además, las organizaciones feministas han buscado generar presiones constantes para ampliar la discusión y visibilizar las demandas y necesidades de la población, más allá de una *política de consensos* entre actores gubernamentales (Sección 5.3.1.7). Sin embargo, estas intenciones no siempre calan en el debate público ni las decisiones gubernamentales, y las iniciativas siguen una lenta trayectoria hasta diluirse en el tiempo.

6.3.2 La percepción de avances y retrocesos

Ligado a la escasa voluntad política de los gobiernos y la influencia de sectores conservadores, se encuentra la percepción generalizada de que en el ámbito de la sexualidad se observan avances lentos (o “avances-retrocesos”)⁵²². Esto ocurriría dado que al momento de reportarse algunos avances, prontamente viene aparejado un retroceso; o se trata de un avance débil que no representa un verdadero adelanto. Ejemplo de ello son las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2007), que permite, entre otras cosas, la distribución de la AE en el sistema de salud público. No obstante, esta medida fue cuestionada y frenada por sectores conservadores, lo que relativiza este avance. Algo similar pasa con la Ley N°20.418, que representa una mejora en materia legislativa sobre la garantía al acceso a información sobre regulación de la fertilidad y a la educación sexual, pero el proceso para validar un reglamento desde el MINEDUC ha sido lento. Existe la ley, pero no hay mecanismos que permitan su aplicación (Sección 5.2.3.2).

⁵²¹ Por ejemplo, en el caso de la Ministra Molina. Para mayor información ver: Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (2015, 3 de enero). “Carta Abierta a la Presidenta Bachelet por renuncia de Ministra de Salud, Helia Molina”, *Articulación Feminista por la Libertad a Decidir*. Recuperado en: <http://articulacionfeministachile.blogspot.com.es/> (último acceso el 20 de diciembre 2015).

⁵²² Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); dos profesionales de CEMERA, 30 de junio y 4 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); tres profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio y 1 de septiembre 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una profesional de CONADI, 13 de agosto 2014 (Temuco, Chile); una representante de Católicas por el Derecho a Decidir, 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

En este sentido, el debate sobre la sexualidad parece estancado. Se movería en lo mismo: los sectores conservadores continúan teniendo un rol preponderante y los gobiernos no quieren (re)activar polémicas. Esto ha llevado a proponer iniciativas “matizadas”, que no satisfacen del todo a ninguno de los grupos de interés y permiten la aplicación acomodadiza de la política. Por verbigracia podría mencionarse la timidez política que ha caracterizado a los gobiernos frente a la educación sexual y el aborto. En ninguno de estos dos asuntos los gobiernos se han mostrado abiertamente contrarios a los planteamientos de sectores conservadores, sino más bien han buscado acomodar su discurso con el propósito de satisfacer las demandas de diversos actores (movimiento feminista, movimiento de la diversidad sexual y sectores conservadores), aun cuando son discordantes.

En educación sexual se ha generado un Plan Nacional desde lógicas de derechos humanos, no discriminación e igualdad (Marco interpretativo N°3 y N°4), y a la vez se ha respetado la libertad de enseñanza y un rol subsidiario del Estado (Marco interpretativo N°2). Este planteamiento “matizado” produce contradicciones que aún no han sido resueltas y limita que los programas, en su aplicación, definan mínimos exigibles que respeten los principios proclamados por la política⁵²³. En relación al aborto, no es hasta el segundo gobierno de Michelle Bachelet (2015) donde el Ejecutivo se muestra a favor de despenalizarlo, por razones terapéuticas, a partir de la insistencia desde organizaciones de la sociedad civil. No obstante, este asunto se ha tratado con bastante cautela, con el fin de no despertar fricciones políticas⁵²⁴.

Otro aspecto que influye en esta percepción de “avances-retrocesos” es la escasa continuidad entre los gobiernos, donde se observan iniciativas más bien intermitentes – en términos de presupuesto, profesionales y énfasis— y donde cuatro años parecen ser pocos para consolidar ciertas iniciativas⁵²⁵. Ejemplo de esto es el Programa de Salud Adolescente que, de acuerdo lo que comenta una profesional SERNAM⁵²⁶, ha tenido altos y bajos. En ocasiones se le ha dado prioridad y presupuesto pertinente, y otras se ha subordinado a la política dirigida a las mujeres (Programa de Salud de la Mujer).

Algo similar ha sucedido con el Programa de Salud y Pueblos Indígenas y los Consejos Consultivos en Salud, los que durante el gobierno de Piñera no tuvieron prioridad⁵²⁷.

⁵²³ Entrevistas a un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales del Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁴ Entrevista a una representante de la AFLD, 6 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁵ Entrevista a una profesional CEMERA, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁶ Entrevista del 2 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁷ Entrevista a profesional MINSAL, 1 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

Ejemplos similares pueden hallarse en el ámbito de la educación sexual, donde a pesar de existir una Plan Nacional no ha habido continuidad en los programas y no se observan avances sustantivos desde el gobierno de Ricardo Lagos⁵²⁸. Frente a esto, queda la sensación de que no existe la voluntad genuina de avanzar en la garantía de DDSSRR. Por otro lado, pueden hallarse obstáculos más difíciles de sortear, que aluden a los establecidos a nivel constitucional, que imponen una forma de hacer política pública que no permite transformaciones sustantivas. En la siguiente sección se aborda con más detalle este elemento.

6.3.3 Trabas a nivel constitucional: la necesidad de una reforma a la Constitución

En opinión de algunas personas entrevistadas, el modo de formular políticas públicas en los cuatro gobiernos no se ha modificado, lo que en parte concierne a las restricciones que establece la actual Constitución (1980)⁵²⁹. La Constitución —que promueve un modelo neoliberal, autoritario y ultraconservador— fue elaborada de modo que el arco de acción política, independiente de quien gobierne, no permite modificar la competencia electoral bipartista instalada por la dictadura militar⁵³⁰.

La Constitución de 1980 consagró la exclusión política a través del sistema binominal a nivel parlamentario⁵³¹, que impone límites a la democracia electoral, dadas sus restricciones fácticas y normativas. Asimismo, “la dimensión ciudadana de la democracia se enfrenta a problemas de derechos civiles específicos de las minorías, desigualdades

⁵²⁸ Entrevistas a dos profesionales MINEDUC, 27 de junio 2014 (Santiago, Chile); un representante de MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); y dos profesionales Programa PASA, 17 y 21 de octubre 2014, respectivamente (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵²⁹ Entrevistas a una activista feminista aymara (XV Región), 19 de junio 2014 (Madrid, España); una profesional INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Red de Mujeres Mapuche, 3 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante del Colectivo Palos de Ciego, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una representante de la Corporación Humanas, 15 de julio 2014 (Santiago, Chile); y la Presidenta de CIMUNIDIS, 14 de octubre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵³⁰ La Constitución de 1980 buscó asegurar su inmutabilidad a través de cinco mecanismos: 1) La incorporación al Senado de miembros nominados al margen de elecciones populares (elegidos por la Corte Suprema, el Presidente de la República y/o el Consejo de Seguridad Nacional); 2) La incorporación al Senado de los ex Presidentes de la República, sin distinción de si fueron o no elegidos democráticamente; 3) El establecimiento de altísimos quórum para modificar la Constitución Política (2/3 de sus disposiciones más importantes y 3/5 para el resto); 4) Un sistema electoral minoritario binominal, en el que, salvo en el caso de que una de las combinaciones políticas doble a la segunda mayoría (o primera minoría), se produce un empate en el 90% de los distritos, y en prácticamente todas las circunscripciones electorales; 5) La calificación de una gran cantidad de materias, entre leyes normales, leyes de quórum calificado y leyes orgánicas constitucionales, exigiendo para estas dos últimas quórum superiores a la mayoría simple (Garretón y Garretón, 2010).

⁵³¹ Este sistema es usado para elegir los miembros del Senado y la Cámara de Diputados, asignando dos cupos por cada agrupación geográfica electoral y aplica el principio mayoritario entre las listas, es decir, la lista que obtenga primera mayoría se queda con uno de los cupos y aquella que alcance la segunda mayoría se queda con el otro. Esto sucede salvo que la primera lista doble a la segunda, en cuyo caso se queda con ambos. Al interior de cada lista también se aplica el principio mayoritario. Si una lista ha ganado un cupo, éste será asignado al candidato que saque primera mayoría al interior de la lista. Dado que en el sistema binominal existen dos escaños por distrito, el porcentaje de votos que se necesitan para alcanzar un cargo es alto. Esto incentiva a los partidos a formar coaliciones, porque individualmente no logran los votos necesarios, lo que ha generado una competencia electoral bipartista reduciendo la cantidad de partidos políticos que están presentes en el Congreso (Siavelis, 2004; Altman, 2004; Rubano, 2007).

socioeconómicas, participación electoral y ausencia de instituciones de participación” (Garretón y Garretón, 2010:146). Al ser la única Constitución en el mundo adoptada en una dictadura que continúa vigente en un régimen democrático, no existe consenso respecto de su legitimidad ni si representa la voluntad de la sociedad chilena (Garretón y Garretón, 2010). Frente a esto es amplia la demanda por un cambio constitucional, ya no sólo a partir de reformas que modifiquen fracciones de ésta, sino una nueva Constitución que emane de una Asamblea Nacional Constituyente (AC)⁵³².

Entre las/os entrevistadas/os⁵³³ se reconoce que uno de los principales problemas, para que la legislación sobre salud sexual y reproductiva en Chile progrese, es el sistema binominal a nivel parlamentario propuesta por esta Constitución⁵³⁴. El sistema binominal aplica la lógica de mayoría relativa que instaura un sistema bipartidista en las elecciones legislativas. Esto asegura la participación del bloque conservador en el Parlamento, lo que anterior a la Constitución de 1980 se presentaban como minoritarios, generando actualmente su sobre representación (Siavelis, 2004). Es en el Parlamento donde se encuentran las mayores trabas para, por ejemplo, despenalizar el aborto –uno de los temas más polémicos actualmente en materia de salud sexual y reproductiva en Chile– o instalar una Ley que garantice y proteja los DDSSRR.

El caso específico de la despenalización del aborto es más complejo, ya que requiere un quórum parlamentario de dos terceras partes de las/os diputadas/os y las/os senadoras/es en ejercicio (Art. 127), dado que la Carta Fundamental protege la vida del que está por nacer (Art. 19). El alto quórum parlamentario para el desarrollo de este tipo de modificaciones legislativas y el sistema binominal son las principales razones por las que sería necesaria una reforma constitucional para avanzar en materia de DDSSRR⁵³⁵. Sin

⁵³² A fines de la primera década del año 2000, se levanta un movimiento ciudadano que demanda la derogación de la actual Constitución Política. El propósito es impulsar la conformación de una Asamblea Constituyente (AC), que permita la participación democrática de la sociedad chilena en la redacción de una nueva constitución. Para mayor información ver: <http://constituyentechile.cl/>; y <http://www.marcaac.cl/> (último acceso el 26 de diciembre 2015).

⁵³³ Entrevistas a dos profesionales INJUV, 26 de junio 2014 (Santiago, Chile); dos profesionales MINSAL, 9 y 14 de julio 2014, respectivamente (Santiago, Chile); una representante de Católicas por el Derecho a Decidir, 10 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵³⁴ Cabe destacar que, con fecha 27 de abril 2015, fue promulgada la ley N°20.840 que sustituye el sistema electoral binominal por uno de carácter proporcional inclusivo y que fortalece la representatividad del Congreso Nacional. Dicho proyecto de ley fue impulsado por el segundo gobierno de Michelle Bachelet (Boletín N°9326-07) e ingresa a la Cámara de Diputados el 6 de mayo 2014. Para mayor información sobre el nuevo sistema electoral ver: “[Infografía] Los cambios al sistema electoral” (2015, 20 de enero). *Cámara de Diputados de Chile*. Recuperado en: https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=124976 (último acceso el 29 de marzo 2016); y “Fin al binominal: Conoce el nuevo sistema electoral” (2015, 27 de abril). *Gobierno de Chile*. Recuperado en: <http://www.gob.cl/2015/04/27/fin-al-binominal-conoce-el-nuevo-sistema-electoral/> (último acceso el 29 de marzo 2016).

⁵³⁵ Con la reforma al sistema electoral (Ley N°20.840 del 2015), se esperaba que el sistema binominal a nivel parlamentario dejara de ser una limitante para legislar en materia de DDSSRR. Las próximas elecciones parlamentarias en Chile se realizarán el 19 de noviembre 2017, en conjunto con la elección presidencial y de consejeras/os regionales.

un cambio constitucional continuará primando una visión ultra conservadora de la sociedad, que se niega a abordar la sexualidad como asunto público y constitutivo de la ciudadanía (Marco Interpretativo N°2). Como expresa una integrante de Corporación Humanas:

“en Chile las instituciones y el marco normativo fundamental –que es la Constitución política— está en cuestión y una nueva Constitución para ser legítima, necesariamente, tiene que incorporar los avances en Derechos Humanos que se dan a nivel internacional. Esto implica que los Derechos Sexuales y Reproductivos tienen que ser parte de este pacto constitucional nuevo al que Chile va a arribar y eso es necesario para tener garantía de que estos derechos efectivamente se puedan cumplir⁵³⁶.”

Por otro lado, la Constitución Política chilena instala una “democracia engañosa” que promueve la participación popular, pero no la hace efectiva. Es la Constitución la que limita una “democracia plena”, donde la ciudadanía tenga una incidencia real en el cómo se hace política a nivel nacional y cómo se formulan las políticas públicas. Como manifestó el Senador Alejandro Navarro (MAS), en la una de las sesiones del Senado donde se discutió la posibilidad de legislar sobre el aborto terapéutico:

“Me gustaría que sobre estos asuntos tuviésemos la posibilidad de realizar un plebiscito vinculante, en el cual se pudiera consultar a la ciudadanía sobre un problema en que están implícitos la fe, la moral, el laicismo, la convicción, porque es un tema país. Pero Chile no tiene ese tipo de consulta. La Constitución no brinda la herramienta para poder preguntar a los ciudadanos⁵³⁷.”

En la misma línea, el Senador Ricardo Lagos Weber (PPD) expresó: “[E]ste asunto se va a saldar en un plebiscito. En todo caso, no existe en Chile la posibilidad de uno con carácter vinculante porque no lo permite la Constitución de Pinochet⁵³⁸.”

Una de las grandes limitaciones para la formulación de políticas públicas inclusivas estaría dada por una Constitución, que no propicia un contexto político favorable para generar modificaciones en la legislación nacional. Ésta suscita lógicas autoritarias e impositivas, que promueve una noción de inclusión social sobre lógicas de asimilación. La actual Constitución limita, entonces, el concebir políticas que permitan la emergencia de diversos proyectos ético-políticos (pluriversales), que cuenten con la participación e injerencia de diversos actores y grupos de opinión (heterárquicas) y consideren las realidades de sujetos diversos y su autonomía.

⁵³⁶ Entrevista del 15 de julio 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵³⁷ Texto: Debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 6ª” (2012:121) (Anexo N°4).

⁵³⁸ Texto: Debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico “Legislatura 360ª Sesiones Ordinarias 7ª” (2012:121) (Anexo N°4).

En opinión de algunas/os entrevistadas/os⁵³⁹, la sociedad chilena estaría preparada para realizar cambios sustantivos en la Constitución y en el modo de hacer política. Actualmente, hay mayor apertura para entablar ciertos temas en el ámbito público (sexualidad, diversidad sexual, aborto, etc.), y existe mayor consciencia sobre los derechos, la capacidad de decidir y la autonomía. La sociedad en Chile estaría experimentando un profundo cambio cultural que le lleva a demandar más del Estado, no sólo políticas paternalistas, sino políticas que reconozcan la pluralidad social existente (los distintos sistemas de valores, estilos de vida y modos de vivir la sexualidad) y que conciben agentes críticos, no meros receptores de las políticas. Hay personas y grupos que están dispuestos a posicionar la sexualidad como asunto público, vinculado a la ciudadanía, la autonomía y la autodeterminación, donde el Estado más que un actor que debe regular la sexualidad en base a un ideal normativo (ya sea moral o sanitario), debe permitir la emergencia de diversos proyectos ético-políticos, apoyando y garantizando las decisiones particulares⁵⁴⁰.

6.4 Conclusiones

En este capítulo se ha hecho un breve análisis sobre la trayectoria de la política de salud sexual y reproductiva en Chile a partir de los cuatro gobiernos presentes en el periodo 2000-2015. En primera instancia, se ha reparado en los énfasis de cada mandato presidencial. Las prioridades del gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006) estuvieron en la inclusión de un discurso de derechos humanos en las políticas públicas —especialmente en el ámbito de la salud y la protección social—, y en el establecimiento de mecanismos de diálogo entre Estado y sociedad civil. No obstante, la sexualidad no fue prioritaria, aunque se observan avances, principalmente, desde una lógica de salud pública (Marco interpretativo N°1), que se enfoca en la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo adolescente y problemas sanitarios asociados a la reproducción.

El primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) continúa con el trabajo de Ricardo Lagos sobre la inclusión del enfoque de derechos humanos y el afianzamiento de espacios de diálogo entre Estado y sociedad civil (especialmente en el ámbito de la salud), enfatizando en la introducción de una perspectiva de género en la administración del

⁵³⁹ Entrevistas a una profesional del ámbito de la salud, 1 de julio 2014 (Santiago, Chile); un representante del MOVILH, 4 de julio 2014 (Santiago, Chile); una profesional SENAMA, 17 de julio 2014 (Santiago, Chile); dos integrantes de Línea Aborto Libre y dos integrantes de CUDS, 22 de julio del 2014 (Santiago, Chile); y una profesional SERNAM, 22 de septiembre 2014 (Santiago, Chile) (Anexo N°6).

⁵⁴⁰ Cabe mencionar que, a partir de las presiones desde la sociedad civil y algunos actores al interior del Estado, Michelle Bachelet, con fecha 13 de octubre 2015, anunció su propuesta para formular una nueva Constitución. Ésta contempla la participación activa de la ciudadanía y ha comenzado en octubre del 2015, para concretarse en el año 2018. Para mayor información ver: “Infografía: Conoce las etapas del proceso constituyente” (2015, 13 de octubre). *Gobierno de Chile*. Recuperado en: <http://www.gob.cl/2015/10/13/infografia-conoce-las-etapas-del-proceso-constituyente/> (último acceso el 26 de diciembre 2015).

Estado. De modo que la salud sexual y reproductiva adquiere mayor importancia y se visualizan mejoras que buscan favorecer la igualdad de género y la corresponsabilidad en la regulación de la fertilidad. Estas iniciativas también tuvieron un marcado énfasis sanitario (Marco interpretativo N°1), aunque se observa mayor interés en trabajar desde una lógica de derechos y equidad de género (Marco interpretativo N°4). Así, tanto el gobierno de Lagos como el primer gobierno de Bachelet se muestran proclives a avanzar en términos de inclusión social, buscando transitar desde lógicas de asimilación hacia lógicas más pluralistas. A pesar de no lograrlo.

El gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014) representa un cambio importante respecto de los mandatos presidenciales anteriores en materia de salud sexual y reproductiva, igualdad de género y participación social. Las intenciones políticas de este gobierno buscaron promover un discurso conservador (Marco interpretativo N°2), que promovió la figura de “mujer-madre” y restó importancia a los mecanismos de diálogo iniciados por los gobiernos anteriores. En términos comparativos, este gobierno fue el que exhibió intenciones más explícitas de inclusión social hacia lógicas de asimilación, al promover un referente normativo particularista, asociado a los valores tradicionales de la vida y la familia, una visión de sociedad marcadamente jerárquica y una concepción de sujeto estandarizada.

El segundo mandato de Michelle Bachelet —aunque sólo se han abordado dos de los cuatro años de su gobierno—, se ha mostrado más proclive a debatir y emprender acciones en torno a los DDSSRR y la igualdad de género. Hay una intención expresa por avanzar en estas materias desde una lógica de derechos, igualdad y no discriminación. En términos comparativos, este gobierno es el que se ha mostrado más proactivo en el ámbito de política estudiado, buscando profundizar las estructuras de igualdad de género, integrar a profesionales y activistas feministas a la administración del Estado, introducir a su programa algunas de las demandas del movimiento feminista y fortalecer el diálogo entre el Estado y la sociedad civil.

Los dos gobiernos de Bachelet pueden ser vistos como ventanas de oportunidad política para instalar la igualdad de género y la necesidad de abordar la salud sexual y reproductiva desde los DDSSRR (Marco interpretativo N°4), aunque no se pueda afirmar que se ha avanzado de modo enteramente satisfactorio en estas materias. Aún hay demandas desde los movimientos sociales que han quedado al margen en la agenda pública (Marco interpretativo N°3 y N°5).

Si bien las propuestas de inclusión social en los cuatro gobiernos han tendido a lógicas de asimilación (al presentar referentes normativos particularistas, una visión de sociedad

jerárquica y una concepción de sujeto entre estandarizada y múltiple), el gobierno de Sebastián Piñera (2010-2014) es el que más cercano ha estado a un ideal normativo de asimilación. Por su parte, el segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014-2015) es el que ha estado más próximo a lógicas pluralistas. Sin embargo, esta propuesta aún está alejada de un planteamiento pluriversal, heterárquico e interseccional.

Las dificultades para proponer una política pluralista –que integre diferentes sistemas de valores (*referente normativo*), diversos actores políticos (*visión de sociedad*) y un sujeto interseccional (*concepción de sujeto*) —, no sólo estarían determinadas por la voluntad política de cada gobierno, sino también por obstáculos dados por la institucionalidad del Estado y la actual Constitución (1980). En este sentido, las similitudes de los cuatro gobiernos darían cuenta de las principales restricciones para integrar una propuesta de inclusión social que responda a las demandas de pluralismo generadas desde la sociedad civil. Entre estas dificultades se observan principalmente dos: i) la escasa voluntad política de los gobiernos y las presiones generadas desde sectores conservadores, que han limitado el posicionamiento de la sexualidad como tema de interés público y ha dado pie a avances insatisfactorios o parciales; y ii) la Constitución Política, herencia de la dictadura militar, que ha impedido generar cambios sustantivos en el cómo se formulan y gestionan las políticas públicas a nivel nacional.

Entre los principales obstáculos impuesto por la Constitución vigente estarían: el sistema binominal a nivel parlamentario⁵⁴¹, que genera la sobre representación del bloque político conservador en el poder legislativo; las condiciones establecidas para realizar reformas constitucionales; y las dinámicas jerárquicas de interlocución entre Estado y sociedad civil que propone. A pesar de las modificaciones introducidas, la toma de decisiones sobre las políticas públicas aún parece un espacio burocrático impenetrable que no facilita ni valora el diálogo político entre diversos actores. La participación de la sociedad civil es representada más bien como una intención accesorio, que no implica un cambio sustantivo en el modo de formular y gestionar las políticas públicas. Así, el Estado y la sociedad civil difícilmente entran en sintonía y coordinación colaborativa, lo que restringe la incorporación de diferentes sistemas de valores, demandas y necesidades al ámbito de la política estudiada, y propone una noción de inclusión social que difícilmente excede un ideal normativo de asimilación.

⁵⁴¹ Esta limitación podría resolverse con la Ley N°20.840 del 2015 que sustituye el sistema binominal a nivel parlamentario. No obstante, habría que esperar a las elecciones parlamentarias del 19 de noviembre 2017, para conocer los efectos de la reforma al sistema electoral.

CAPÍTULO VII:

CONCLUSIONES

7.1 Introducción

Esta tesis ha indagado en la noción de inclusión social de la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015) desde una perspectiva de género en articulación con otros ejes de exclusión. Este último capítulo expone las conclusiones del estudio. Se retoman los principales elementos del modelo conceptual que orientó este trabajo, así como las preguntas, hipótesis y objetivos de investigación, para posteriormente debatir las contribuciones y las limitaciones teóricas y metodológicas de la tesis. Para la exposición de argumentos el capítulo se ha dividido en cinco apartados. Esta sección introductoria brinda una síntesis del modelo analítico para –en el segundo apartado– volver sobre las preguntas, las hipótesis y los objetivos de la investigación. Las secciones tres y cuatro comentan sobre las contribuciones y limitaciones teóricas y metodológicas de la tesis, respectivamente, para finalmente exponer las líneas de investigación futuras y las implicaciones políticas que pueden desprenderse de este trabajo.

Esta tesis ha abordado la dimensión ético-normativa de la política de salud sexual y reproductiva en Chile y, desde allí, la noción de inclusión social que ésta plantea. Dicho análisis se ha desarrollado a partir de un modelo conceptual que repara en tres elementos: el referente normativo, la visión de sociedad y la concepción de sujeto. El *referente normativo* alude al conjunto de creencias, principios y valores morales que definen en una política qué es un problema y qué fines debe perseguir la acción pública (Miranda, 2009). La *visión de sociedad* se refiere a cómo la política entiende que se estructura la sociedad –especialmente en lo que respecta a la relación entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil– y, a partir de esto, cómo se piensan las soluciones a determinados problemas públicos (Miranda, 2009; Bacchi, 2009). Finalmente, la *concepción de sujeto* apunta a comprender cómo se caracteriza la población a la cual van dirigidas las políticas, en términos de agencia e interseccionalidad (Hancock, 2007; Lugones, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014).

El modelo analítico propuesto surge de la revisión crítica de la investigación desarrollada por Patricio Mirada (2009), las reflexiones conceptuales sobre las nociones de inclusión y exclusión social, y la indagación en algunos debates de la teoría feminista (Capítulo II). Principalmente, se retoma la teoría feminista de la interseccionalidad para estudiar cómo las políticas públicas pueden (re)producir y/o revertir determinadas dinámicas de exclusión (Crenshaw, 1991; Lombardo y Verloo, 2009, 2010). Desde dichas

contribuciones, esta tesis habla de *procesos dinámicos de inclusión/exclusión* – donde opera un sistema múltiple y articulado de poder—, que margina a ciertos sujetos y colectivos del proceso de las políticas; y, con ello, sus representaciones, demandas y necesidades (Bacchi, 1999; Hill Collins 1990/2000; Popay, *et al.*, 2008). Asimismo, el modelo cuestiona las nociones de inclusión que guardan un *ideal normativo de asimilación*, para pensar procesos de *inclusión social pluralistas*, sobre lógicas pluriversales, heterárquicas y que reconozcan la existencia de una matriz de dominación múltiple (Young, 1990/2000).

Con el propósito de estudiar estos tres elementos, se han planteado las siguientes orientaciones conceptuales. En la observación del *referente normativo* de la política se han definido las categorías *particularista*, *universalista* y *pluriversalista*. Las lógicas *particularistas* están fundadas en el establecimiento de “lo bueno/correcto”, a partir de una moralidad específica (por ejemplo, asociada a una religión). Las lógicas *universalistas* están orientadas por principios de alta abstracción que anula la posibilidad de que el Estado (u otro actor) imponga pautas valóricas que nieguen los derechos universales de las personas (Miranda, 2009). Y las lógicas *pluriversales* aluden a la coexistencia de diversos proyectos ético-políticos en los que se dé un diálogo horizontal más allá de las lógicas de dominación (Mignolo, 2000/2003; Grosfoguel, 2008).

En la observación de la *visión de sociedad* se han planteado las categorías *jerárquica* y *heterárquica*. La *jerárquica* asume al Estado (u otro actor político) como el actor hegemónico que debe guiar el proceso de las políticas públicas; y la *heterárquica* presume que el Estado debe asumir un rol coordinador de los diferentes intereses de los diversos actores involucrados en el proceso, donde la diferencia y el conflicto no son vistos como obstáculos (Young, 1990/2000; Miranda, 2009).

Finalmente, para la observación de la *concepción de sujeto* se han establecido las categorías de *estandarizada*, *múltiple* e *interseccional*. Una visión *estandarizada* supone un sujeto estándar bajo una presunta imparcialidad, obviando que la “diferencia” – socialmente construida— da paso a relaciones de asimetría. La concepción *múltiple* integra algunos ejes de exclusión para pensar al sujeto de la política, pero los percibe de modo independiente y/o asume cierta jerarquía entre éstos (Hancock, 2007). Por último, la idea de un sujeto *interseccional* contempla un sujeto situado –moldeado por una matriz de poder múltiple e imbricada—, que puede tomar parte activa del proceso de las políticas públicas (Hill Collins, 1990/2000; Hancock, 2007; Lugones, 2008; Verloo, 2013; Lombardo & Rolandsen, 2014).

Este modelo conceptual ha sido el mapa de ruta para el análisis de los discursos sobre salud sexual y reproductiva en Chile, en función del que se definió el proceso metodológico. Para aplicar el modelo analítico se recurrió al *trazado del proceso de la política* estudiada en los últimos 15 años (Capítulo III). En éste se identificaron los principales actores –gubernamentales y de la sociedad civil— que han participado del debate, los hitos más importantes y algunos documentos de interés. A partir de esto, se escogieron 40 textos asociados a la política pública (Anexo N°4), a los que se les aplicó un *análisis crítico de marcos interpretativos* (Sección 1.5.3); y se detectaron algunos actores posibles de contactar para profundizar en el estudio de la política en Chile. De este modo, se realizaron 33 *entrevistas abiertas semi-dirigidas* a 39 informantes, representantes de organismos gubernamentales (ministerios y servicios públicos) y de la sociedad civil asociados a la política en cuestión (ONGs, organizaciones académicas y organizaciones sociales) (Anexo N°6). Y la información obtenida se examinó a partir de un *análisis temático* (Sección 1.5.2). Este proceso metodológico permitió dar respuestas a las preguntas, testear las hipótesis y alcanzar los objetivos de investigación. En el siguiente apartado se hace una revisión de estas tres cuestiones.

7.2 Revisión de las preguntas, las hipótesis y los objetivos de investigación

Preguntas de investigación

El análisis empírico (Capítulos IV, V y VI) ha permitido responder a las preguntas de investigación (Sección 1.3). Respecto a la pregunta principal, sobre cuál sería la noción de inclusión social presupuesta por la política estudiada, se observa que ésta ha tendido más hacia *lógicas de asimilación* que hacia un ideal normativo pluralista, a pesar de exhibir un discurso a favor del pluralismo social. Esta tendencia a la asimilación viene dada por tres aspectos: *referentes normativos particularistas* que representan la sexualidad asociada casi exclusivamente a la reproducción, bajo argumentos de salud pública y ligados a valores tradicionales; una *visión de sociedad jerárquica* que continúa reproduciendo relaciones asimétricas entre actores políticos, al proponer instancias de diálogo entre Estado y sociedad civil poco representativas y escasamente efectivas; y una *concepción de sujeto* que se mueve entre lógicas *estandarizadas* y *múltiples*, donde no siempre se reconocen los diferentes modos de vivir la sexualidad, la capacidad de agencia de las personas ni cómo las situaciones de exclusión en estos ámbitos son moldeadas por diversos ejes (Capítulo V).

Para responder a las dos primeras preguntas específicas de investigación –que buscaron (1) dilucidar el/os referente/s normativo/s de la política estudiada e (2) indagar en qué medida éstos apuntan a la inclusión de sujetos y normatividades diversas—, se ha realizado un análisis de marcos políticos de interpretación, que ha permitido identificar

los siguientes cinco marcos interpretativos en la política chilena de salud sexual y reproductiva (Capítulo IV):

- i) *Asunto de Salud Pública*. Este marco concatena una perspectiva biomédica y de control de poblaciones para la representación de problemas y soluciones en el *policy making*. La sexualidad se vincula casi exclusivamente con la reproducción, por lo que este marco dirige su acción a poblaciones asumidas como vulnerables (mujeres heterosexuales en edad fértil y adolescentes de escasos recursos). El Estado es reconocido como el principal garante de la salud pública de la población (Sección 4.2);
- ii) *Formación en valores tradicionales*. Este marco relaciona la sexualidad con los valores de la vida y la familia, por lo tanto con la reproducción. El mayor problema detectado sería la desvinculación de la sexualidad con los valores tradicionales. Se apela a la figura de un Estado subsidiario y que sólo en casos específicos fomente dichos valores y/o restrinja las conductas que sean contrarias a éstos (Sección 4.3);
- iii) *Enfoque pedagógico*. Se centra principalmente en la formación en sexualidad, entendida como un dispositivo educativo, que debe permitir el desarrollo de capacidades para que las personas tomen decisiones autónomas en base al respeto propio y el de los demás. En este marco el Estado y la comunidad educativa local adquieren un rol preponderante para alcanzar este objetivo (Sección 4.4);
- iv) *Derechos sexuales y reproductivos*. Este marco concibe la sexualidad como parte del ejercicio de la ciudadanía y se vincula a las demandas por el derecho a la salud, la autonomía, la igualdad y la no discriminación. El Estado es representado como el principal garante de los DDSSRR, aunque el establecimiento de medidas para ello debiese darse siempre en articulación con diferentes actores (Sección 4.5); y
- v) *Autonomía, sexualidad y placer*. Este último marco reivindica radicalmente la autonomía del cuerpo, la desvinculación de la sexualidad con la reproducción y la resignificación del placer. En este marco el Estado pierde centralidad –al ser representado como una institución opresora–, para dar importancia a la acción local autogestionada de diferentes sujetos y organizaciones sociales, principalmente de mujeres (Sección 4.6).

Los dos primeros marcos interpretativos (*Salud Pública* y *Valores Tradicionales*) exhiben nociones de inclusión social fundadas sobre lógicas de asimilación. Esto se debe a que ambos proponen *referentes normativos particularistas* y una representación de la sexualidad asociada casi exclusivamente a la reproducción (en base a presupuestos sanitarios y valóricos, respectivamente); una *visión de sociedad jerárquica*, donde prima el actuar y la decisión de actores y grupos específicos (en el Marco N°1 el Estado y las/os expertas/os en salud; y en el Marco N°2 las Iglesias y los organismos que promuevan los

valores tradicionales); y una *concepción de sujeto estandarizada*, al focalizar su atención, principalmente, en mujeres heterosexuales en edad fértil (Secciones 4.2.5 y 4.3.5).

Por su parte, los marcos interpretativos tres, cuatro y cinco (*Enfoque pedagógico*, *Derechos sexuales y reproductivos*, y *Autonomía, sexualidad y placer*, respectivamente) expresan una noción de inclusión social más pluralista. El marco de *Enfoque Pedagógico* (Marco interpretativo N°3) plantea un *referente normativo* que se mueve entre la *universalidad* y la *pluriversalidad*, al estar inspirado en derechos universalizables y concepciones específicas de educación y sexualidad (occidentales), pero a la vez permitir la emergencia de diversos proyectos ético-políticos en las comunidades educativas locales. La *visión de sociedad* propuesta está entre la *jerarquía* y la *heterarquía*, al privilegiar un conocimiento experto en educación para la formulación de la política, pero además proponer una implementación que emane del diálogo al interior de la comunidad educativa local. Finalmente, la *concepción de sujeto* que exhibe este marco se mueve entre lógicas *estandarizadas* e *interseccionales*, al plantear una visión unitaria de sujeto en función de su edad y grado académico. No obstante, para la aplicación de la política, se manifiesta la necesidad de adaptarla a los requerimientos particulares de la comunidad local, lo que abre la posibilidad de atender a una diversidad de sujetos y grupos concretos, aunque el planteamiento de la interseccionalidad no se observa de manera explícita (Sección 4.2.3).

El marco interpretativo de *Derechos sexuales y reproductivos* (Marco interpretativo N°4) se mueve entre la *universalidad* y la *pluriversalidad*, respecto del *referente normativo*, al promover derechos universales sobre los preceptos de una sociedad determinada (occidental), pero además plantear el respeto por las decisiones particulares de las personas según sus creencias. La *visión de sociedad* sugerida por este marco tiende a la *heterarquía*, al considerar la participación y el diálogo entre diferentes actores en contextos donde todos tengan una similar influencia. Finalmente, la *concepción de sujeto* planteada se acerca a lo *múltiple*, al atender a diversos ejes de exclusión que pueden limitar el pleno goce de la sexualidad, pero no se observa necesariamente su imbricación (Sección 4.5.4).

Por su parte, el marco de *Autonomía, sexualidad y placer* (Marco interpretativo N°5) propende a un *referente normativo pluriversalista*, al expresar la necesidad de reconocer y respetar los diferentes modos de vivir la sexualidad; una *visión de sociedad heterárquica* al plantear iniciativas locales y autogestionadas donde no exista un centro rector de la sociedad, como podría ser el Estado; y una *concepción de sujeto interseccional*, al visualizar cómo diversos sistemas de dominación restringen la

autonomía del cuerpo, las sexualidades diversas y el placer sexual, principalmente en las mujeres (Sección 4.6.3).

Los marcos interpretativos de *Salud Pública* y *Valores Tradicionales* son los que han primado en el discurso de la política de salud sexual y reproductiva en Chile, a pesar del interés de la sociedad civil y algunos gobiernos por instalar una perspectiva de derechos humanos en el ámbito de la sexualidad (Marcos interpretativos N°3 y N°4). Asimismo, el quinto marco, que defiende la autonomía radical del cuerpo, es el que más ha costado integrar al debate. De esta manera, la noción de inclusión social que predomina en el discurso de la política estaría signada por un *ideal normativo de asimilación*, que margina ciertos discursos, sistemas de valores, actores, colectivos y sujetos del *policy making*. Esta política se posicionaría, entonces, más como un espacio de regulación de la sexualidad que como un mecanismo inclusivo que apoye las decisiones de las personas de acuerdo a sus creencias y preferencias particulares (Sección 5.2).

En relación a la tercera y la cuarta pregunta específica de investigación —que aluden a conocer (3) la visión de sociedad propuesta por la política estudiada y (4) la existencia de prácticas de consulta y coordinación entre diversos actores—, se observa que en Chile se continúa reproduciendo un diálogo jerárquico entre el Estado y la sociedad civil. Si bien se han creado mecanismos de participación, éstos no siempre están institucionalizados ni tienen continuidad, no son vinculantes, no son representativos de la diversidad de grupos sociales interesados en la temática, minimizan el conflicto y parecen ser menos efectivos —en términos de incidencia política— que el *lobby*. Las decisiones sobre las políticas públicas —en general en Chile, y en el caso particular de la salud sexual y reproductiva— continúan siendo tomadas, principalmente, por actores al interior del Estado y los partidos políticos (Parlamento). Por esta razón, el *lobby* pareciese ser más eficaz que otros mecanismos de injerencia política. Ante esto cabría preguntarse cuáles serían los incentivos para optimizar las instancias de interlocución entre el Estado y la sociedad civil existentes (o para crear otros), si el *lobby* funciona como una especie de *válvula de escape* ante los fallos (o ausencia) de mecanismos de incidencia de la sociedad civil en las políticas públicas (Shepard, 2000; Miranda, 2011) (Sección 5.3).

Sobre las preguntas específicas cinco y seis —que buscaron conocer (5) cuál es la concepción de sujeto que subyace a la política analizada y (6) en qué medida y de qué manera se integra un enfoque de interseccionalidad de género—, se visualiza que la política propone un sujeto que se mueve entre lógicas *estandarizadas* y *múltiples*. La política tiende a la universalización de ciertos estereotipos (principalmente el de “mujer-madre”) y a la escasa consideración de las diferencias internas de los grupos sociales. Se suele hablar de “mujeres” en sentido genérico, al igual que de “hombres”, “personas con

discapacidad”, “indígenas”, entre otras categorías, sin reparar en que las experiencias de los sujetos –sus situaciones de exclusión y el cómo experimentan su sexualidad— están moldeadas por la interacción de diferentes ejes. Asimismo, la política tiende a enfocarse en la vulnerabilidad o el riesgo de ciertos sujetos a ser afectados (especialmente en mujeres jóvenes de escasos recursos), lo que resta agencia a las personas a las cuales va dirigida la política y limita la integración de un enfoque de interseccionalidad (Sección 5.4).

Hipótesis de investigación

En base a la evidencia generada, en buena parte se corroboran las hipótesis de investigación (Sección 1.3), dado que la política estudiada tiende a una noción de inclusión social definida sobre lógicas de asimilación (hipótesis principal). Esta “normatividad asimiladora” viene dada por un *referente normativo particularista* no sólo definido por un discurso conservador sino también por uno biomédico (hipótesis secundaria N°1). La predominancia de ambos discursos genera que las representaciones provenientes de actores más “progresistas” –vinculadas al marco de *Autonomía, sexualidad y placer*, por ejemplo— sean marginadas del debate político (hipótesis específica N°2). Asimismo, se evidencia una *visión de sociedad jerárquica*, dadas por las escasas iniciativas desde el Estado por promover un diálogo representativo y una coordinación efectiva entre diferentes actores políticos. De hecho, se cree que la supremacía de referentes normativos particularistas en el discurso de la política se debe, de algún modo, a estas dinámicas jerárquicas (hipótesis secundaria N°3). Finalmente, la “normatividad asimiladora” de la política analizada está dada por una *concepción de sujeto estandarizada*, que propone representaciones estándar sobre la sexualidad, lo que reproduce las dinámicas de exclusión vigentes (hipótesis secundaria N°5).

Por su parte, la sexta hipótesis –que plantea que la política estudiada estaría en tránsito desde lógicas de asimilación hacia lógicas de inclusión social pluralistas— parece no confirmarse del todo, pues, a pesar de los esfuerzos emprendidos por diversos actores, la política parece estar empantanada desde los años 90, donde se evidencian transformaciones y avances bastante lentos. De existir un tránsito hacia una noción de inclusión social pluralista, éste ha sido parsimonioso y parece quedar un largo camino por recorrer. La retórica del discurso de la política parece haberse renovado, proponiendo lógicas más pluriversales, heterárquicas y que comprenden las dinámicas de exclusión social de manera compleja. Sin embargo, la traducción de este discurso en la formulación de medidas concretas no ha sido efectuada. Esto ha ocurrido principalmente porque aún existen barreras institucionales y constitucionales para que la política avance en materias de inclusión social (por ejemplo, hay una sobrerrepresentación de sectores conservadores

en el Parlamento y la Constitución instalada en dictadura no valida la participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas) (Capítulo VI).

Objetivos de investigación

Los objetivos de la investigación se consideran cumplidos debido a que esta tesis ha propuesto un modelo conceptual para el análisis de las políticas públicas que permite conocer la noción de inclusión social que éstas guardan (objetivo principal). Asimismo, se alcanzaron los objetivos específicos al (1) proponer un dispositivo analítico basado en la observación del referente normativo, la visión de sociedad y la concepción de sujeto (Sección 2.6); (2) aplicar éste dispositivo a la política de salud sexual y reproductiva en Chile (2000-2015), en los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad (Capítulos IV, V y VI); (3) problematizar el referente normativo de las políticas públicas desde una perspectiva de género y su interacción con otros ejes de exclusión (Capítulo II); (4) sondear los marcos interpretativos presentes en los discursos de los diversos actores involucrados en la política estudiada (estatales y de la sociedad civil) y en documentos de interés (Capítulo IV); (5) indagar en las dinámicas de interacción entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil y (6) conocer si existen prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre ellos en el proceso de formulación de la política abordada (Sección 5.3.); (7) conocer cómo se caracteriza la población usuaria en el contexto de la política estudiada (Sección 5.4); y (8) dar cuenta de las diferencias y continuidades, sobre la política en cuestión, en los cuatro periodos presidenciales que transcurren entre los años 2000 y 2015 (Capítulo III y VI).

7.3 Contribuciones y limitaciones teóricas

Contribuciones teóricas

Esta tesis ha indagado en la noción de *inclusión social* en el ámbito de las políticas públicas, específicamente en el campo de la sexualidad. En este contexto, la principal contribución teórica es la concreción de un modelo analítico que permite explorar las atribuciones de significado sobre la inclusión social en el discurso de las políticas públicas (objetivo principal de investigación). De la mano de este modelo, se reconocen principalmente seis aportaciones teóricas: i) se brinda un marco conceptual crítico ante las concepciones hegemónicas de inclusión social; ii) se integra el enfoque de interseccionalidad de género al análisis de las políticas públicas y la inclusión social; iii) se aborda la dimensión ética de las políticas públicas desde los postulados de la teoría feminista; iv) se proveen referentes teóricos para apoyar reflexiones sobre cómo las políticas públicas son concebidas como *circuitos marginales de inclusión*; v) se articula el enfoque interseccional con los debates sobre sexualidad; y vi) y se ofrece una visión

crítica ante la retórica de la vulnerabilidad para el abordaje de la sexualidad como asunto público.

Primeramente, el modelo propuesto provee un marco conceptual crítico ante las concepciones hegemónicas de inclusión social que han privilegiado interpretaciones individualistas y han promovido la asimilación de sujetos y grupos sociales asumidos como “diferentes” a un parámetro normativo (Young, 1990/2000; Murard, 2002; Estivill, 2003; Levitas, 2005; Silver, 2007; Béland, 2007; Mathieson, *et al.*, 2008). Este modelo brinda una lectura crítica sobre dichas nociones y facilita insumos conceptuales para avanzar en la formulación de políticas públicas inclusivas bajo lógicas pluralistas, heterárquicas e interseccionales.

La concatenación de diferentes referentes teóricos, de diversas áreas de las ciencias sociales (ciencia política, sociología, ética, filosofía, etc.), ha sido útil para trastocar la noción de inclusión social propuesta por las democracias liberales. Los debates conceptuales sobre inclusión/exclusión social y la teoría feminista han sido primordiales para sustentar una propuesta que evidencia que la exclusión social responde a procesos activos de diferenciación que se cristaliza en estructuras, instituciones y discursos de poder que ameritan ser desestabilizados. Con este modelo se destaca que la “diferencia”, que da paso a procesos de marginación, no responde a un fenómeno netamente “cultural” (vinculado a la etnicidad o la religión), sino a una estructura social que representa como inferior a todo sujeto que no cumpla la norma social (sujeto masculino, adulto, heterosexual, occidental, etc.). Estas aportaciones ponen el foco en las estructuras y los discursos de poder que reproducen dinámicas excluyentes, no en los sujetos y/o grupos particulares (Young, 1990/2000; Hill Collins, 1990/2000; Brah, 1996/2011; Lugones, 2010; 2012; Martínez-Bascuñán, 2011). En esta línea, la teoría feminista de la interseccionalidad ha sido fundamental en la elaboración y aplicación de este modelo.

Como segunda contribución teórica, el modelo propuesto integra el enfoque de interseccionalidad de género al análisis de las políticas públicas y la inclusión social. El modelo permite conocer en qué medida el discurso exhibido por las políticas contribuyen a revertir (o profundizar) las dinámicas de exclusión vigentes en sociedades específicas (Crenshaw, 1989, 1991; Hill Collins, 1990/2000). Este modelo no sólo se centra en el análisis de las desigualdades de género (o en alguna desigualdad particular), sino que aborda el imperativo de comprender cómo los discursos de poder en torno al género se articulan y co-constituyen en relación a otros ejes de exclusión (etnicidad, diversidad funcional, clase social, etc.). Esta perspectiva necesariamente complejiza el análisis de género en las políticas públicas y es una invitación a integrar las diferencias internas del colectivo de mujeres en el *policy making*.

Al abordar la interseccionalidad, se propone un diálogo entre autoras europeas y estadounidenses y autoras feministas latinoamericanas. Los contextos son distintos, en ocasiones las perspectivas también, pero los resultados de esta discusión han mostrado ser fructíferos para la avanzar en el análisis de las políticas públicas y la inclusión social. Se destaca la terminología proporcionada por autoras europeas y estadounidenses, para inspeccionar los diferentes modos de interpretar y aplicar la interseccionalidad en las políticas públicas, y reconocer los ejes de exclusión pertinentes de priorizar (Verloo, 2006, 2007; Yuval-Davis, 2006; Hancock, 2007; Krizsan, Skjeie & Squires, 2012; Lombardo & Rolandsen, 2012, 2014; Cruells, 2015).

Se subraya, además, la utilidad de la noción de *colonialidad de género*, que permite comprender cómo género, raza/etnicidad, sexualidad y clase social son ejes de exclusión vertebradores de las sociedades latinoamericanas (Lugones, 2008, 2010, 2012; Espinosa, 2014; Curiel, 2010/2014; Espinosa, Gómez y Ochoa, 2014). El feminismo decolonial fue la puerta de acceso para integrar al modelo referencias conceptuales vinculadas a la teoría decolonial (Mignolo, 2000/2003; Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007; Grosfoguel, 2008; Santos, 2010). Desde el sustrato de la decolonialidad se comprende que la exclusión social responde a una cuestión epistémica que debe ser desarticulada para concebir sociedades menos opresivas y más justas.

Como tercer aporte teórico, este modelo permite abordar la dimensión ético-normativa de las políticas públicas que no siempre es estudiada y menos integrando las contribuciones de la teoría feminista. Esta tesis toma como referencia la investigación desarrollada por Miranda (2009) para dialogar con ella. La propuesta de Miranda proporciona la base conceptual para acercarse al estudio de la inclusión social en las políticas públicas, de allí se toman dos de los elementos que componen el modelo analítico de esta tesis (*referente normativo* y *visión de sociedad*). Sin embargo, se reconoce en el modelo de Miranda un “punto ciego”: al estar inspirado en teorías éticas universalistas, desatiende a un *sujeto situado* y, con ello, obvia las estructuras y discursos de poder que definen sus situaciones de exclusión en el *policy making*. Frente a esto, la teoría feminista brinda las reflexiones conceptuales suficientes para compensar esta omisión (*concepción de sujeto*), y cuestionar el universalismo expuesto por el pensamiento *colonial/moderno* y sus pretensiones de asimilación (Young, 1990/2000; Hill Collins, 1990/2000; Lugones, 2010, 2012).

El despliegue conceptual de esta tesis demuestra que la teoría feminista amerita ser considerada en los estudios sobre políticas públicas e inclusión social. El desarrollo teórico proporcionado por Iris Marion Young (1990/2000) ha permitido diferenciar el uso

retórico de la inclusión social, bajo lógicas de asimilación, de concepciones que valoran la diversidad social y comprenden la estructura de poder que da origen a sociedades injustas. Los debates éticos desarrollados por autoras feministas y la teoría de la interseccionalidad han permitido cuestionar las discusiones dicotómicas que han saturado el campo político en Occidente (público/privado, igualdad/diferencia, individuos/grupos, universalidad/particularidad, redistribución/reconocimiento). Estos insumos teóricos han favorecido la desestabilización de las jerarquizaciones que reproduce el pensamiento binario, para pensar categorías fluidas y en una lógica de *continuum* (Hill Collins, 1990/2000; Pateman, 1985/1996; Fraser, 1990a, 1990b, 2006; Benhabib, 1992; Hierro, 1998; Lugones, 2010, 2012; Martínez-Bascuñán, 2011). La teoría feminista ofrece la base epistémica y conceptual necesaria para proponer un modelo analítico crítico tanto de las formas tradicionales de analizar y pensar las políticas públicas, como de las dinámicas habituales de construir el conocimiento, basadas en tratamientos dicotómicos y jerarquizantes.

Como cuarta contribución, el modelo propuesto permite apoyar reflexiones teóricas respecto de cómo se conciben políticas públicas como *circuitos marginales de inclusión*, que no reconocen la agencia de los sujetos ni buscan revertir las estructuras ni dinámicas de desigualdad vigentes. Una política concebida como *circuito marginal* atiende un problema público, pero no desde el reconocimiento “positivo” de determinados grupos sociales, sino desde la “desviación a la norma”, planteando una especie de “ciudadanía de segunda categoría” (Young, 1990/2000). Aunque se considere el género, la situación socioeconómica y la edad en algunas intervenciones estatales (por ejemplo, en programas de prevención del embarazo adolescente), éstas verían mermado su potencial transformador de determinada realidad (problema y/o situación de exclusión social), al no reconocer la agencia de los sujetos a los cuales dirige su acción. De hecho, tampoco podría ser considerada una apuesta interseccional propiamente, pues en el centro de la interseccionalidad está el empoderamiento de los grupos (Verloo, 2013; Lombardo & Rolandsen, 2014).

Un *sistema marginal de inclusión social* puede ser ilustrado como un *sistema social satelital*, que está supeditado a un *sistema social central* (o asumido como “hegemónico”), que podría ser la arena pública donde diversos actores políticos – reconocidos como tales— intervienen, deliberan y deciden sobre el proceso de la/s política/s. Un *circuito marginal de inclusión*⁵⁴² generaría la ficción de estar incluido y ser

⁵⁴² Cabe mencionar que en una misma sociedad, o en el marco de una misma política pública, podrían existir diversos *sistemas satelitales*, que pueden ser identificados por temáticas, ejes de exclusión, características comunes y/o territorialidades, entre otros (por ejemplo, personas en situación de discapacidad, grupos socioeconómicos bajos, jóvenes, no-heterosexuales, mujeres, indígenas, localidades específicas, etc.).

reconocido como sujeto, pero sólo sería un sistema creado para integrar/asimilar a los representados como “diferentes” (Young, 1990/2000; Suárez, 2008; Tzul-Tzul, 2008).

Las normas sociales que rigen este *sistema satelital* estarían definidas por actores hegemónicos que están fuera de él y que forman parte del *sistema social central*. Por ejemplo, algunas políticas sociales o de asistencia —que no modifican las relaciones de dominación y/o no buscan el empoderamiento de los sujetos—, podrían ser consideradas *circuitos marginales de inclusión*, ya que son pensadas para aquellos grupos que no cumplen la “norma social” y son asistidos —como meros receptores pasivos— para acercarse a un determinado patrón (por ejemplo, a determinado nivel de consumo o estilo de vida). Con ello, no se alcanzaría la inclusión propiamente tal (desde lógicas pluralistas), sino más bien la profundización de la exclusión.

Un *circuito marginal de inclusión* representa al sujeto como problema en sí mismo (perspectiva individualista), de acuerdo a determinadas características y/o situaciones de riesgo. El sujeto es encapsulado en su condición (objetivado), lo que justifica la institucionalización de una *intervención asimiladora* por parte de la sociedad y el Estado (por ejemplo, a prácticas sexuales definidas como deseables, a un canon familiar tradicional, o a un nivel de funcionalidad). El sujeto representado en estos términos no tiene participación en la solución de su situación, ni “voz” ni poder de decisión (Spivak, 1985/2009).

Una política pública concebida como *circuito marginal* evade la reflexión y el debate ético sobre el sujeto de la política y el cambio social al que aspira. Esta intervención no busca revertir el orden social que da paso a la exclusión de ciertos colectivos, sino que las reproduce, enfocándose en el “producto” de la exclusión y no en sus causas. Los sujetos mantendrían un estatus marginal, pues seguiría siendo evaluado en función de una norma específica, generándose la ficción de “formar parte de”. El sujeto no es reconocido en su subjetividad ni especificidad, se desconoce su autonomía moral, lo que acentúa su dependencia y su falta de control sobre sus procesos vitales. En este sentido, podría hablarse de “políticas discapacitadoras”⁵⁴³ que construyen vulnerabilidad y reproducen marginalidad. Ante esto, cabría preguntarse en qué medida las políticas públicas, dirigidas a revertir la exclusión social (o las desigualdades) en ciertos colectivos, contribuyen a concebir *circuitos marginales de inclusión*; o hasta qué punto las representaciones de inclusión social (igualdad, justicia social o equidad), en el contexto de las políticas públicas, implican reproducir estas lógicas de asimilación.

⁵⁴³ El concepto de *políticas discapacitadoras* fue utilizado por una de las entrevistadas. Entrevista realizada a una integrante del Colectivo Palos de Ciego (V Región), 4 de julio del 2014 (Santiago de Chile).

Como quinta contribución, la aplicación del modelo conceptual, al caso de la política de salud sexual y reproductiva chilena, ha demostrado su utilidad para los fines que fue elaborado: fue posible rastrear la normatividad que orienta la política estudiada y dilucidar su propuesta de inclusión social. Principalmente, los referentes teóricos sobre sexualidad integrados al modelo permitieron reforzar el enfoque de interseccionalidad (Vance, 1984, 1991; Weeks, 1986/1998; Parker y Aggleton, 2002; Viveros, 2002, 2008, 2009; Amuchástegui y Rodríguez, 2005; López, *et al.*, 2005; De Zordo, 2006, 2012; Amuchástegui y Rivas, 2008). El modelo expone cómo el discurso hegemónico sobre la sexualidad está moldeado, al menos, por seis categorías de opresión (género, orientación sexual, clase social, raza/etnicidad, edad y diversidad funcional).

Finalmente, la aplicación del modelo a la política chilena ha permitido reflexionar sobre lo inicuo del discurso de la vulnerabilidad para el abordaje de la sexualidad. En la política analizada ha primado un marco interpretativo de *Salud pública*, que representa a ciertos grupos sociales a partir de su vulnerabilidad sanitaria y social (como las personas LGTB al VIH/Sida; las/os niñas/os al abuso sexual; las mujeres adultas mayores al fallo de sus funciones reproductivas y las/os jóvenes de escasos recursos al embarazo, entre otras). Las iniciativas de Estado, más que operar como política pública destinada a toda la población, funciona en la lógica de “política social”⁵⁴⁴, donde el foco está en grupos vulnerables prioritarios (PVP), en base a perfiles epidemiológicos y/o poblacionales. La construcción de grupos vulnerables, no sólo responde a un recurso biosanitario, sino que funciona como un dispositivo ideológico de vigilancia sobre las prácticas sexuales (Weeks, 1986/1998; Vance, 1991; Parker y Aggleton, 2002; Butler, 2010).

El discurso de la vulnerabilidad crea la ficción de indefensión, patologiza la sexualidad y difunde su temor. Dicha representación aleja la sexualidad del deseo y el placer, y no la aborda como una dimensión humana que amerita ser reconocida, protegida y promovida (Miller, 2004; Amuchástegui y Rivas, 2008; Pecheny y de la Dehesa, 2009/2011). Esta construcción de la sexualidad está muy lejos de proponer un sujeto autónomo con capacidad de optar, de reflexionar y de constituirse como sujeto sexuado.

Aunque los lineamientos de una iniciativa estatal se presenten en un lenguaje de derechos humanos, si el foco de las intervenciones continúa estando en los riesgos, las lógicas asistencialistas siguen articulando la política. Se perpetúan relaciones de asimetría, donde el Estado —y/u otros actores— tendrían la capacidad suficiente para definir qué problemas públicos debiesen atenderse y de qué manera, y a sus “beneficiarias/os” sólo les

⁵⁴⁴ Se trabaja sobre el supuesto que el Estado, al operar con recursos escasos, debe proveer sus servicios, principalmente, a los sectores más desventajados, es decir, donde no han llegado los “frutos del desarrollo”, dadas las dinámicas sociales de desigualdad.

correspondería atenerse a ello. No sólo se desconoce la capacidad de las personas de decidir en su esfera más íntima, sino que se les anula como sujeto político capaz de participar de la (re)formulación de las políticas que afectan directamente sus vidas. Esto gatilla procesos de desempoderamiento al visualizar a los sujetos, principalmente, como objeto de asistencia.

Al tratar la sexualidad “en negativo” se subraya “la otredad”, lo que abre espacio al estigma y la discriminación (Vance, 1991; Parker y Aggleton, 2002). Con un discurso de vulnerabilidad, más que promoverse procesos de inclusión social, se produce todo lo contrario: se da pie a la creación de un *círculo marginal de inclusión* (desde lógicas de asimilación), donde se hallarían todos aquellos sujetos que no cumplen la norma social⁵⁴⁵.

Limitaciones teóricas

Habiendo abordado las principales contribuciones del modelo conceptual propuesto, se reconocen también algunas limitaciones. En este sentido, el modelo amerita ser revisado con tres propósitos: i) afinar la articulación entre los tres elementos que lo componen; ii) facilitar su entendimiento por diversos actores políticos; y iii) superar las posibles interpretaciones dicotómicas sobre su terminología.

Primeramente, se reconoce que el modelo propuesto aún carece de “fluidez conceptual” respecto de sus tres componentes. Este modelo vincula diversos referentes teóricos, provenientes de diferentes campos de las ciencias sociales, que no son comúnmente integrados al análisis de las políticas públicas. Si bien esto puede ser visualizado como un aporte, también es cierto que combinar diversas disciplinas y lenguajes hace compleja su articulación conceptual. Sería necesario revisar y pulir este modelo con propósito de incrementar su fluidez. La mixtura de diferentes perspectivas y áreas del conocimiento no ha sido sencilla y, en ocasiones, las relaciones establecidas entre los tres elementos del modelo y sus categorías pueden parecer aun forzadas y/o aleatorias. De modo que sería oportuno seguir trabajando en la armonización de sus componentes, para hacerlo más preciso y facilitar su aplicación práctica en otros ámbitos y contextos sociales. En este sentido, la aplicación del modelo conceptual en otros escenarios y por otros equipos de investigación podría contribuir a afinar la propuesta.

En segundo lugar, sería pertinente trabajar por hacer comprensible este modelo por diferentes actores políticos. El modelo presentado a menudo es abstracto y hace uso de un lenguaje inusual o poco evidente (*visión de sociedad, concepción de sujeto, referente*

⁵⁴⁵ Cabe recordar que la norma social en el ámbito de la sexualidad estaría dada por un sujeto adulto (mujer-femenina-heterosexual y hombre-masculino-heterosexual), en edad fértil, “clase media” y que muestre un nivel de diversidad funcional estándar o considerada “normal”.

normativo, pluriversalismo, etc.). Quizás ésta sea una de sus mayores limitaciones. Sería pertinente volver sobre el modelo y depurarlo, para que sea de utilidad a diferentes actores políticos, quienes puedan demandar y consensuar políticas públicas que promuevan una *inclusión social pluralista*. Asimismo, el modelo conceptual debiese ser revisado y replanteado para aplicarlo a otros contextos sociales y otros ámbitos de política. Su aplicación a otras políticas públicas u otros casos de estudios contribuiría a concretar y afinar el modelo. Sería interesante, además, averiguar si este modelo puede ser útil para el análisis de otros ámbitos de política en Chile (por ejemplo, salud y educación), y en otros contextos latinoamericanos, donde existen procesos políticos y sociales compartidos (Sección 7.5).

En tercer lugar, si bien el modelo presentado surge con la intención de superar tratamientos binarios, no lo consigue del todo. De modo que sería necesario afinarlo para que su aplicación no reproduzca lógicas dicotómicas. La tesis ha utilizado un lenguaje binario (inclusión/exclusión, jerarquía/heterarquía, particularista/pluriversalista y estandarizado/interseccional) desde la concepción de un *continuum*, comprendiendo que las categorías son fluidas, por ello se habla de “tendencias”. La idea de tendencia nos recuerda que las políticas públicas son procesos discursivos dinámicos, por lo que las categorías de análisis son sólo referenciales.

Sería oportuno afinar el modelo para futuras aplicaciones y evitar interpretaciones jerarquizantes. Es pertinente volver sobre los fundamentos teóricos del modelo para evitar la reproducción de binarismos y/o dinámicas exclusógenas. Por ejemplo, queda el desafío de problematizar la posible dicotomía entre *jerarquía* y *heterarquía*, respecto del elemento *visión de sociedad*. Aunque este modelo no lo propone como tal, puede caer en lógicas binarias. Aquí el reto sería seguir afinando y diversificando este modelo teórico, para (re)pensar dinámicas sociales que contemplen un diálogo social diversos, horizontal, heterárquico y que resignifique el conflicto y la disidencia. El romper con el sistema categorías dicotómico y simplista –que proponen nociones que parecen opuestas, jerarquizables y aparentemente desarticuladas unas de otras— continúa siendo un imperativo conceptual y práctico, por lo que se sugiere seguir puliendo el modelo analítico desde perspectivas compatibles con la teoría feminista y la teoría de la interseccionalidad.

7.4 Contribuciones y limitaciones metodológicas

El proceso metodológico definido por esta tesis ha sido útil para aplicar el modelo conceptual propuesto. El método de *policy process tracing*, el *análisis crítico de marcos interpretativos* y las *entrevistas semi-dirigidas* se han articulado satisfactoriamente para alcanzar los objetivos y responder las preguntas de investigación.

El método *policy process tracing* ha sido fundamental para contextualizar la aplicación del modelo conceptual a la política de salud sexual y reproductiva chilena (Collier, 2011). El *trazado del proceso político* ha sido la base para sustentar el desarrollo metodológico posterior, ya que permitió detectar los textos a analizar y las personas a entrevistas. A la vez, que el análisis documental y las entrevistas nutrieron el *policy process tracing*. Fue interesante integrar diferentes fuentes (periódicos, sitios web institucionales, informes, artículos de opinión, investigaciones, entrevistas, etc.) para delinear el proceso de la política analizada, reconocer los principales hitos y los actores que han participado y/o se han interesado por el debate en Chile. Se accedió a suficiente material de interés (de diferentes características, autorías y posicionamientos), sin embargo, la organización de la información fue dificultosa, ya que es abundante y está disgregada. Fue complejo, además, acceder a aquella información que tiene menos cobertura mediática y/o que es producida por grupos que tienen menos acceso a las redes sociales (por ejemplo, información generada por mujeres indígenas). En este sentido, la reflexión metodológica a la luz del enfoque de la interseccionalidad fue indispensable para llegar a la información que es menos difundida, dadas las relaciones de poder que cruzan el debate público.

El *análisis crítico de marcos interpretativos*, por su parte, ha sido fundamental para el desarrollo de la tesis (Verloo, 2005; Bustelo y Lombardo, 2007; Lombardo & Meier, 2014). Este análisis fue útil para abordar la dimensión ético-normativa de la política estudiada y explorar los procesos de atribución de significado sobre inclusión social en este contexto (Lombardo, Meier & Verloo, 2009, 2013; Lombardo & Meier, 2014). La metodología ha servido sobre todo para indagar en los valores morales que definen los problemas y soluciones en el *policy making* (*referente normativo*) y en cómo se representa a la población usuaria de la política en términos de interseccionalidad y agencia (*concepción de sujeto*). El análisis de marcos permitió reconstruir el devenir del debate sobre la sexualidad en el ámbito de las políticas públicas en Chile y reconocer los distintos modos de representar los problemas y las soluciones, los actores políticos que los sustentaban y las tensiones existentes entre estos discursos (Capítulo IV y Sección 5.2).

La adaptación de la pauta de preguntas guías (Anexo N°2) fue útil para observar los tres elementos propuestos por el modelo analítico y para integrar una reflexión constante sobre el uso acrítico de las categorías de exclusión en cada texto. La flexibilización de la pauta original, a la luz del modelo conceptual y en miras a profundizar el enfoque de interseccionalidad de género, fue oportuna. Los ajustes realizados evidencian que el *análisis crítico de marcos interpretativos* puede ser aplicado, tanto a diferentes ámbitos de política pública (no sólo en Políticas de Igualdad) como a otros escenarios sociales, incluso fuera de la Unión Europea.

Las *entrevistas abiertas semi-dirigidas* a diferentes actores políticos (gubernamentales y de la sociedad civil) también fue un acierto, ya que permitió ahondar en aspectos que el análisis de marcos no pudo cubrir (Cottet, 2013). Las entrevistas fueron útiles principalmente para observar cuáles eran las dinámicas de interacción entre diferentes actores políticos, qué tan efectivos —en términos de incidencia política— son los espacios de diálogo existentes entre Estado y sociedad civil (*visión de sociedad*) y ahondar en la *concepción de sujeto* exhibida por la política estudiada. Las entrevistas complementaron el *análisis crítico de marcos interpretativos*, al fortalecer la descripción de los componentes de cada marco detectado, sobre todo del quinto (*Autonomía, sexualidad y placer*), que fue difícil de pesquisar a través del análisis de textos⁵⁴⁶. Al respecto, sería pertinente ahondar en la caracterización de dicho marco en futuras investigaciones, ya que es el más invisibilizado en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile (Sección 7.5).

Al optar por la realización de *entrevistas semi-dirigidas*, además, fue posible que las personas entrevistadas plantearan algunas inquietudes o aspectos no contemplados de antemano por la investigadora. Las/os informantes tuvieron la oportunidad de expresarse con cierta libertad, lo que permitió nutrir el análisis. Fue posible abordar otros asuntos de interés, como indagar en cuáles serían los obstaculizadores para la inclusión de un enfoque de interseccionalidad de género en el marco de la política, o qué aspectos limitan que los espacios de diálogo entre Estado y sociedad civil sean mecanismos efectivos de incidencia política.

La decisión de conformar una *muestra intencionada* ha sido útil para integrar el enfoque de la interseccionalidad e iluminar diversas percepciones y posicionamientos respecto del debate. Principalmente, este muestro permitió acceder a las representaciones de grupos sociales menos visibles en el debate público, al integrar el criterio de interseccionalidad (como mujeres en situación de discapacidad o mujeres indígenas). Esta investigación no estableció *a priori* la cantidad de entrevistas que conformarían la muestra, pues no buscó la saturación teórica ni la extrapolación de sus resultados. Este estudio proporciona una mirada general del panorama actual, enfatizando en un enfoque de interseccionalidad de género. En futuras investigaciones, sería pertinente ampliar la cantidad y el espectro de entrevistadas/os para alcanzar la saturación teórica y definir una muestra más equilibrada, por ejemplo, de acuerdo al tipo de organización de procedencia (organismo

⁵⁴⁶ Cabe recordar que los textos provenientes de actores de los movimientos sociales fueron difíciles de pesquisar (como el movimiento feminista o de mujeres indígenas). No por su escasez, sino por su extensión (en general, no exceden un folio), nivel de difusión (no siempre trascienden sus círculos locales o temáticos) y características (no siempre definen problemas y soluciones a abordar).

gubernamental, organismos de la sociedad civil) y/o la perspectiva defendida por las/os entrevistadas/os (religiosa, político-nacionales, emancipatoria, etc.).

Esta metodología estuvo inspirada en una reflexión constante sobre el poder. Se buscó aplicar la interseccionalidad en términos metodológicos, con el propósito de no reproducir las relaciones de poder vigente al momento de elegir a las personas a entrevistar y los documentos a analizar. La intención fue poner atención en aquellos discursos subalternizados en el debate político (donde confluyen dos o más de los siete ejes de exclusión priorizados) y no caer en una *colonización discursiva* ni en lógicas homogeneizantes (Hill Collins, 1990/2000; Mohanty, 1984/2008; Hankinovsky, *et al.*, 2010; Lugones, 2012).

Especialmente, se destaca el interés de esta tesis por llegar a organizaciones fuera de la capital nacional, a modo de resaltar la importancia de concebir políticas nacionales que no ignoren estas realidades, pues al desconocerlas se deja sin directrices claras a las/os implementadoras/es de las políticas públicas a nivel local. Este ejercicio de “descentralización” del proceso de recolección de la información ha sido sólo una insinuación —como una problematización de las dinámicas de la política nacional—, ya que no se ha alcanzado a definir una muestra representativa o que aborde un espectro más significativo (más regiones o mayor número de entrevistadas/os). Este aspecto puede ser una de las limitaciones de este análisis. Por lo que sería interesante ampliarlo integrando nuevos relatos y nuevos criterios de selección de la muestra a entrevistar.

7.5 Líneas de investigación futuras e implicaciones para la práctica política

En relación a las futuras líneas de investigación que pueden desprenderse de la tesis, sería interesante la aplicación del modelo propuesto a otros ámbitos de política pública y otros contextos sociales; y la profundización en ciertos asuntos detectados por este estudio que pueden contribuir al avance de la política analizada. Respecto de las implicancias políticas, la tesis presenta información que puede ser útil para la práctica política de diferentes actores, al interior y fuera del Estado.

Líneas de investigación futuras

En primera instancia, sería interesante que el modelo analítico fuese aplicado en otros ámbitos de política pública en Chile y otros contextos sociales. El modelo ha demostrado ser útil para el análisis de las políticas públicas y la inclusión social, por lo que sería conveniente revisarlo y adaptarlo en el marco de futuras investigaciones. En Chile, el modelo podría ser utilizado para el análisis de las políticas públicas de salud y educación, que continúan siendo dos campos bastante polémicos. Ambos ámbitos de política, luego

de las reformas desarrolladas por la dictadura militar (1973-1989), se han caracterizado por reforzar las desigualdades existentes en el país.

Sería oportuno abordar las políticas de salud y educación para conocer la noción de inclusión social que proponen, qué discursos o sistemas de valores son predominantes y cuáles son invisibilizados (*referente normativo*), qué actores políticos parecen tener mayor injerencia en las decisiones que competen a estas áreas, qué tan efectivos son los mecanismos de diálogo Estado-sociedad civil planteado por los gobiernos (*visión de sociedad*), qué ejes de exclusión son los que se consideran y desatienden, y en qué medida se integra un enfoque interseccional (*concepción de sujeto*), entre otros asuntos. El modelo analítico provee de los referentes teóricos suficientes para responder a estas interrogantes y su aplicación al caso de la política de salud sexual y reproductiva chilena lo ha demostrado. Sólo serían necesarias ciertas adaptaciones —sobre todo una revisión de los ejes de exclusión priorizados— para analizar en qué medida las políticas chilenas de salud y educación reproducen o revierten las dinámicas de exclusión vigentes.

En la misma línea, no se descarta la posibilidad de flexibilizar el modelo para ser aplicado en otros escenarios sociales, tanto a nivel local en Chile (regional o comunal) como otros países latinoamericanos, donde se comparten procesos socio-políticos similares. Sería interesante, además, hacer uso del modelo bajo condiciones equivalentes para realizar análisis comparativos entre diferentes niveles al interior de un mismo país (nacional, comunal/local), en distintos periodos (gobiernos, décadas) y/o entre escenarios confrontables (países, regiones).

En segundo lugar, y para el caso de la política analizada, los estudios futuros debiesen ahondar en aspectos que esta tesis ha detectado, pero en los que no ha podido profundizar. Entre ellos, es pertinente indagar sobre las situaciones específicas de exclusión en el ámbito de las políticas públicas, en general, y en el campo de la sexualidad particularmente. Las entrevistas mostraron que existe una carencia de diagnóstico e investigación sobre los significados y vivencias de la sexualidad en ciertos grupos (personas en situación de discapacidad, adultas/os mayores, población no-heterosexual, entre otros). Es imperativo generar información para retroalimentar la política de salud sexual y reproductiva chilena. Estos estudios debiesen ser críticos de los estereotipos sociales y contemplar la participación activa de diferentes sujetos y grupos, con quienes ir construyendo alternativas para la formulación de políticas que incluyan la diversidad social existente. En este sentido, las investigaciones desde un enfoque de interseccionalidad de género son sustanciales para visibilizar aquellas subjetividades más negadas: las que transgreden la norma social desde diferentes flancos.

Otro aspecto de interés es el estudio de la política de salud sexual y reproductiva a nivel local, especialmente a nivel comunal, para detectar posibles contribuciones y/o limitaciones para el avance de la política nacional. Sería provechoso estudiar cuál es el nivel de coherencia entre el discurso de la política a nivel nacional y las iniciativas locales respecto de la inclusión social; si en esos espacios se observa un discurso en la línea de la interseccionalidad, al enfrentarse a sujetos con demandas y necesidades específicas; de qué manera las prácticas locales de interseccionalidad, de existir, podrían nutrir la política a nivel nacional; y/o si en los espacios locales, en relación al escenario nacional, existen mayores o menores resistencias para una implementación inclusiva de la política. Desde este tipo de investigaciones puede obtenerse información de interés que permita replantear la política nacional de salud sexual y reproductiva, y la coordinación entre el nivel nacional y los niveles locales.

Otra línea de investigación podría ser estudiar si los movimientos sociales integran el discurso de la interseccionalidad en sus estrategias políticas y cómo lo hacen. De acuerdo al quinto marco interpretativo hallado en el contexto de la política analizada (*Autonomía, sexualidad y placer*), se percibe una “mirada interseccional”, pero parece ser que ésta no es predominante al interior del movimiento feminista o de la diversidad sexual. Sería pertinente estudiar este aspecto y, desde ahí, conocer qué situaciones o condiciones favorecen u obstaculizan la inclusión de este discurso en las estrategias políticas del activismo. Ligado a esto, sería interesante ahondar en el quinto marco interpretativo, no sólo por ser el discurso más invisibilizado en el debate público, sino por su potencial al brindar una interpretación más compleja sobre las situaciones de exclusión social que viven las mujeres.

Asimismo, cabría estudiar la efectividad de las estrategias de la sociedad civil y los movimientos sociales para impactar en el debate nacional, y/o cuáles serían los obstaculizadores y facilitadores con los que se cuentan para lograr avances en el ámbito de la política estudiada. Algunas entrevistadas, por ejemplo, mencionaron que las demandas históricas del movimiento feminista, como el aborto, han sido relegadas por los gobiernos y, en contraste, han tenido cabida las demandas del movimiento de la diversidad sexual (por ejemplo, la intervención quirúrgica para cambio de sexo y el Acuerdo de Unión Civil). Sería interesante estudiar por qué sucede esto y/o qué factores merman la incidencia del movimiento feminista en las políticas de Estado.

Implicaciones para la práctica política

En último lugar, se destacan las implicaciones políticas de esta investigación. Esta tesis viene a complementar los estudios sobre la política de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, al mostrar cómo se reproducen dinámicas de exclusión cuando

el género se aísla de otros ejes de desigualdad relevantes para el contexto social y político chileno. Esta evidencia complejiza las intenciones de diferentes actores políticos al demandar y proponer la inclusión de un enfoque de género en las políticas públicas. Los resultados de esta tesis permiten visibilizar que si se trabaja sobre una concepción de sujeto particular (por ejemplo, mujer en edad fértil de escasos recursos), se desatienden las diferencias internas del colectivo de mujeres (mujeres indígenas, mujeres en situación de discapacidad, mujeres lesbianas, etc.).

Al poner el acento en la dimensión normativa de las políticas públicas, se demuestra que la política analizada —además de incumplir con los acuerdos internacionales sobre derechos humanos— margina a los sujetos y los grupos sociales donde confluyen diferentes ejes de desigualdad, lo que profundiza sus experiencias de exclusión. Esta situación no sólo relega a ciertos grupos de los beneficios de la política, sino también del proceso de formulación, al promover normatividades que limitan la manifestación de distintos intereses y cosmovisiones. En palabras de Nancy Fraser (2006), no sólo se reproduce la exclusión en términos de distribución, sino también de reconocimiento y participación. En este sentido, el problema no sólo está en el contenido de la política, sino en cómo se está formulando. Desde esta evidencia, diferentes actores políticos pueden replantear sus estrategias para avanzar hacia políticas públicas que contemplen las diferencias internas de los grupos sociales, profundicen el planteamiento de la igualdad de género y busquen resolver la falta de representación política de los colectivos más invisibilizados.

Por otro lado, esta tesis muestra que el tránsito hacia la formulación de *políticas públicas más pluralistas* —que reconozcan la diversidad de sistemas de valores, contemplen la participación de diferentes actores políticos, y asuman un sujeto interseccional— pasa por la necesaria reformulación de la institucionalidad del Estado y la Constitución política (1980). Los principales obstáculos para avanzar en términos de inclusión social en Chile se encuentran en la Constitución, la que propone dinámicas jerárquicas de interacción entre actores políticos. Desde los años 90, los gobiernos de la *Concertación*⁵⁴⁷ (actual *Nueva Mayoría*) sólo han realizado enmiendas parciales sobre el modelo instalado en dictadura. No han existido esfuerzos concretos ni contundentes para modificar dichas lógicas autoritarias. De modo que las modificaciones para avanzar hacia políticas públicas más inclusivas, en diferentes ámbitos de interés, no pasa sólo por la voluntad de un determinado gobierno ni por la acción de determinados actores, sino por la modificación

⁵⁴⁷ La *Concertación de Partidos por la Democracia* (1988-2013), más conocida como “Concertación” fue creada para hacer oposición a la dictadura de Augusto Pinochet y es la coalición política que gobernó Chile entre 1990 y 2010. Los partidos políticos que fueron parte de ésta son: el Partido Demócrata Cristiano (DC), el Partido por la Democracia (PPD), el Partido Radical Social Demócrata (PRSD), el Partido Socialista (PS). Desde 2013, esta coalición se renueva bajo el nombre de *Nueva Mayoría*.

de las estructuras institucionales que sientan las bases del *policy making* en Chile. Esta evidencia viene a reforzar la legítima demanda de la sociedad civil por una nueva Constitución.

Finalmente, este trabajo contribuye a poner en cuestión las prácticas y discursos gubernamentales, evidenciando que las políticas públicas en Chile funcionan con un lenguaje retórico (de derechos humanos, ciudadanía, igualdad de género, no discriminación). Esta retórica no se condice necesariamente con la generación de procesos integrales de inclusión social, no siempre cuestiona las dinámicas de exclusión que se dan de modo articulado, ni busca modificar las lógicas sobre las que tradicionalmente se formulan las políticas públicas. De hecho, esta retórica puede ir aparejada de procesos desempoderantes y que profundizan la exclusión social, al construir vulnerabilidad, tratar la sexualidad desde la negatividad, promover la asimilación de ciertos sujetos y colectivos, y dar pie a *circuitos marginales de inclusión social*. Desde esta evidencia, los diferentes actores políticos –al “interior” y “fuera” del Estado— pueden proponer avances y/o rediseñar sus estrategias de incidencia política (por ejemplo, alianzas políticas estratégicas y/o demandas estratégicas al Estado). Brindar información e insumos conceptuales fiables, que contribuyan a la formulación de políticas públicas más inclusivas, es uno de los principales propósitos de esta tesis.

7.6 Conclusiones

Como corolario, cabe recordar que el principal objetivo de la tesis es dar un paso en la amplia trayectoria hacia concebir sociedades más inclusivas y menos opresivas, y políticas públicas idóneas para ello. En esta línea, se observan contribuciones y limitaciones en términos teóricos y metodológicos. Respecto de la contribución teórica, esta tesis provee un marco conceptual crítico ante las concepciones hegemónicas de inclusión social; integra el enfoque de interseccionalidad de género al análisis de las políticas públicas y la inclusión social; aborda la dimensión ética de las políticas públicas desde los postulados de la teoría feminista; apoya reflexiones teóricas sobre cómo las políticas públicas son concebidas como *circuitos marginales de inclusión*; articula el enfoque interseccional con los debates sobre sexualidad; y cuestiona la retórica de la vulnerabilidad para el abordaje de la sexualidad como asunto público.

En términos metodológicos, la articulación del *policy process tracing*, el *análisis crítico de marcos interpretativos* y la realización de *entrevistas semi-dirigidas* ha sido útil para la aplicación del modelo de análisis a la política de salud sexual y reproductiva en Chile. No obstante, se podrían diversificar los métodos de recolección y análisis de la información, y trabajar para, en próximas investigaciones, velar por una proporción más equilibrada del material a analizar.

Finalmente, se destacan algunas líneas de investigación futura e implicaciones políticas derivadas de esta tesis. Entre los temas de interés para próximos estudios se encuentra aplicar el modelo propuesto a otros ámbitos de política y otros contextos sociales; indagar en la aplicación de la política de salud sexual y reproductiva chilena a nivel local; estudiar cómo viven la sexualidad aquellos grupos sociales donde confluyen diferentes ejes de exclusión; e indagar en el sujeto político que promueven los movimientos sociales en Chile y la capacidad de incidencia que tienen éstos en el *policy making*. Entre las implicaciones políticas, esta tesis brinda información sobre las dinámicas de exclusión presentes en el debate público sobre la salud sexual y reproductiva, para que diversos actores políticos examinen sus estrategias de incidencia política en el ámbito de las políticas públicas. Asimismo, se evidencia que avanzar hacia políticas públicas más inclusivas no sólo pasa por la voluntad de diversos actores, sino por la necesaria reforma a la Constitución, que modifique las dinámicas jerárquicas que orientan el proceso de formulación y gestión de las políticas públicas.

Aún queda seguir debatiendo al respecto, tanto para integrar la perspectiva feminista de la interseccionalidad al análisis de las políticas públicas, de la inclusión social y de la sexualidad, como para hacer avanzar la política de salud sexual y reproductiva en Chile. El estudio de la normatividad presente en el discurso de las políticas públicas y sus representaciones de inclusión social continúan siendo temas sugerentes de investigar, ya que dependiendo de esto las políticas pueden apoyar los procesos vitales de las personas o, por el contrario, pueden restringirlos y reproducir la marginalidad de ciertos sujetos y colectivos. Concebir la inclusión social desde lógicas más pluralistas y salir de lógicas de asimilación, continúa siendo un reto. En esta línea, el análisis aquí expuesto espera ser una contribución para seguir cuestionando las relaciones de poder que vertebran las sociedades, el debate público y las políticas públicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, Hernán y Zúñiga, Álvaro (2010). *Igualdad de oportunidades y desigualdad de ingresos en Chile: el caso de los pueblos indígenas y de las personas con discapacidad*. Serie de Estudios Sociales. Santiago de Chile: Departamento de Estudios, MIDEPLAN. Recuperado en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/iguald.op.ort-desiguld.ingr.pdf> (último acceso el 20 de enero 2016).
- Alamany, Laia (2015). “Violències que no deixen marca però sí empremta. Intervenció des de la xarxa pública”. En Freixanet, Maria (Coord.). *Gènere i diversitat funcional. Una violència invisible* (pp. 118-328). Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Alexander, M. Jacqui y Mohanty, Chandra Talpade (1997/2004). “Genealogías, legados, movimientos”. En hooks, bell; Brah, Avtar; Sandoval, Chela y Anzaldúa, Gloria. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*, traducción de Rocío Macho, Hugo Romero, Álvaro Salcedo y María Serranos (pp.137-184). Madrid: Traficantes de sueños.
- Alonso, Alba y Lombardo, Emanuela (2014). “Metodología de la ciencia política”. En Lois, Marta y Alonso, Alba (Eds.). *Ciencia Política con perspectiva de género* (pp.9-37). Madrid: Akal.
- Altman, David (2004). “Redibujando el mapa electoral chileno: Incidencia de factores socioeconómicos y género en las urnas”. *Revista de Ciencia Política*, XXIV (2), 49 – 66.
- Amuchástegui, Ana (2005). “Condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho al aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales”, *Desacatos*, 17, 77-82.
- Amuchástegui, Ana y Rivas, María (2008). “Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética”. En Szasz, Ivonne y Salas, Guadalupe (Coord.). *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 57-133). México D.F: El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana y Rodríguez, Yuriria (2005). “La sexualidad ¿invención histórica?”, *Secretaría de Educación Pública, Gobierno de México*. Recuperado en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_05_La%20Sexualidad.pdf (último acceso el 12 de septiembre 2015).
- Anderson, James E. (2006). *Public policymaking: an introduction*. Boston: Houghton Mifflin.
- _____. (1975). *Public policy-making*. London: Nelson.
- Andréu Abela, Jaime (2000). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Documentos de Trabajo. Sevilla: Fundación Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Recuperado en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf> (último acceso el 23 de enero 2016).
- Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (2014). *Voces sobre el aborto: ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Bacchi, Carol (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson Education.
- _____. (1999). *Women, policy and politics; the construction of policy problems*. London: SAGE.

- Baeza, Manuel (2002). *De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Concepción: Editorial de la Universidad de Concepción, Chile.
- Barbieri, Teresita de (1999). "Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido". *Mujer y Salud*, 2, 56-63.
- _____. (1993). "Sobre la categoría de género: una introducción teórico-metodológica". *Debates en Sociología*, 18, 145-169.
- Barrig, Maruja (1998). "Los malestares del feminismo latinoamericano: una nueva lectura". Documento preparado para una reunión de *Latin American Studies Association*. Chicago, Illinois (24-26 septiembre). Recuperado en: http://www.mujeresenred.net/IMG/article_PDF/article_a140.pdf (último acceso el 10 de febrero 2016).
- Barrón, José Francisco (2013). "Exclusión/inclusión". En Martínez de la Escalera, Ana María y Lindig, Erika (Ed.). *Alteridad y Exclusiones. Vocabulario para el debate social y político* (pp. 80). México D.F: UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, Juan Pablos Editor.
- Barroso, María José (2014). "Feminismo decolonial: una ruptura con la visión hegemónica eurocéntrica, racista y burguesa. Entrevista con Yuderlys Espinosa Miñoso". *Iberoamérica Social*, III, 22-33. Recuperado en <http://iberoamericasocial.com/feminismo-decolonial-una-ruptura-con-la-vision-hegemonica-eurocentrica-racista-y-burguesa/> (último acceso el 20 de noviembre 2015).
- Barry, Kathleen (2005). "Teoría del feminismo radical: la política de la explotación sexual". En: Amorós, Celia y De Miguel, Ana (Eds.). *Teoría feminista: de la Ilustración a la Globalización. Del feminismo liberal a la postmodernidad*. Vol. 2 (pp. 190-210). Madrid: Minerva Ediciones.
- Bastías, Gabriel y Valdivia, Gonzalo (2007). "Reforma de Salud en Chile: el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución", *Boletín de Escuela de Medicina*, 32(2), 51-58.
- Beaud, Jean-Pierre (1983/2008). "L'échantillonnage". En Gauthier, Benoît (Éd.). *Recherche sociale: de la problématique a la collecte des données* (pp. 251-283). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bel Adell, María del Carmen (2002). "Exclusión social: origen y características". *Curso Formación específica en comprensión educativa e intercultural para agentes educativos*. Facultad de Letras. Universidad de Murcia. Recuperado en: http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf (último acceso el 12 de julio 2015).
- Béland, Daniel (2007). "The social exclusion discourse: ideas and policy change", *Policy & Politics*, 35(1), 123-138. DOI: [10.1332/030557307779657757](https://doi.org/10.1332/030557307779657757)
- Benhabib, Seyla (1992). "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", traducción de Carlos Thiebaut. *Isegoría* 6, 37-63.
- _____. (1990). "El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista". En Benhabib, Seyla y Cornell, Drucilla (Eds.). *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*, traducción de Ana Sánchez (pp. 119-149). Valencia: Editions Alfons el Magnànim.
- Boidin, Capucine (2010). "Mestizaje y género en las Américas: Reflexiones centradas en la sexualidad". En Gutiérrez, Daniel (Ed.). *Epistemología de las identidades. Reflexiones en torno a la pluralidad* (pp. 275-300). México D.F: UNAM.

- Bonan, Claudia (2004). "Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea". En *Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género*. Buenos Aires: PRIGEPP-FLACSO. Recuperado en: <http://www.prigepp.org/download.php?file=documentos/12081011150412.pdf> (último acceso el 12 de diciembre 2015).
- Brah, Avtar (1996/2011). *Cartografía de la Diáspora: identidades en cuestión*, traducción Sergio Ojeda. Madrid: Traficantes de sueños.
- Burotto, Alessandra y Torres, Carmen (2010) (Eds.). *Y votamos por ella. Michelle Bachelet: miradas feministas*. Santiago de Chile: Andros Impresores.
- Bustelo, María y Lombardo, Emanuela (Eds.) (2007). *Políticas de Igualdad en España y en Europa*. Madrid: Cátedra.
- _____. (2005). "Mainstreaming de género y análisis de los diferentes 'marcos interpretativos' de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ". *Aequalitas*, 17, 15-26.
- Butler, Judith (2010). *Frames of war. When is Life Grievable*. Brooklyn, New York: Verso.
- _____. (1993/2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, traducción de Alcira Bixio. Buenos Aires: Paidós.
- _____. (1990/2001). "Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del postmodernismo", traducción de Moisés Silva. *La Ventana*, 13, 7-41.
- _____. (1990/2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*, traducción de María Antonia Muñoz. Barcelona: Paidós.
- Camps, Victoria (1990). *Virtudes públicas*. Barcelona: Espasa Calpe.
- Capella, Claudia (2013). "Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo". *Psicoperspectivas*, 13(2), 117-128. DOI: 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS VOL 13-ISSUE 2-FULLTEXT-281
- Carosio, Alba. (2007). "La ética feminista: Más allá de la justicia". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 159-184.
- Casas, Lidia (2008). *La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile. Avances y desafíos*. Serie Documentos Electrónicos N°2. Programa Género y Equidad Santiago, Chile: FLACSO-Chile. Recuperado en: <http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/La-saga-de-la-anticoncepcion-en-Chile.-Avances-y-desaf%C3%ADos.pdf> (último acceso el 12 de diciembre 2015).
- Castro-Gómez, Santiago (2000). "Ciencias Sociales, violencia epistémica y el problema de la 'invención del otro'". En Lander, Edgar (Comp.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp.145-161). Buenos Aires: CLACSO.
- Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (2007). "Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico". En Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (Eds.). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Cobo, Rosa (2014). *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres – CLADEM.
- Colegio Médico de Chile (2003). "Sistema de salud chileno: Contexto histórico y normativo", *Colegio Médico de Chile*. Recuperado en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemas_aludchileno.pdf (último acceso el 12 de septiembre 2013).

- Collier, David (2011). "Understanding Process Tracing". *Political Science and Politics* 44(4), 823-30. DOI: 10.1017/S1049096511001429
- Combahee River Collective (1977/1981). *A Black Feminist Statement*. In Moraga, Cherry y Anzaldúa, Gloria (Eds.) (1981). *This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color* (pp. 210-218) New York: Kitchen Table, Women of Color Press.
- Corbetta, Piergiorgio (2007/2010). *Metodología y técnicas de investigación social*, traducción de Marta Díaz Ugarte y Susana Díaz Ugarte. Madrid: McGraw-Hill, D.L.
- Correa, Enrique (2010). "Comunicación: lobby y asuntos públicos". *Cuad. Cent. Estud. Diseño Comun. Ens*, 33, 101-110.
- Cottet, Pablo (2013). "Tres versiones del diseño para investigaciones sociales". En Canales, Manuel (Coord.). *Investigación social. Lenguajes del diseño* (pp.15-42). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Couso, Jaime (2009). "La sexualidad de los menores de edad ante el Derecho penal". Ponencia presentada en el *Seminario en Latinoamérica de la Teoría Constitucional y Política* (SELA). Asunción, Paraguay (11-14 junio). Recuperado en: http://digitalcommons.law.yale.edu/yls_sela/73 (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Crenshaw, Kimberlée (1991). "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color". *Stanford Law Review*, 43(6), 1.241-1.299. DOI: [10.2307/1229039](https://doi.org/10.2307/1229039)
- _____. (1989). "Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics". *University of Chicago Legal Forum*, 140, 139-167.
- Cruells, Marta (2015). *La interseccionalidad política: tipos y factores de entrada en la agenda política, jurídica y de los movimientos sociales*. Tesis doctoral inédita. Instituto de gobierno y políticas públicas, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Cruz, María del Pilar (2014). "Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad". *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 91-96.
- _____. (2012). "Teoría feminista y discapacidad: un complicado encuentro en torno al cuerpo". *GénEros* 12(2), 51-72.
- _____. (2004). "Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad". *Política y cultura*, 22, 147-160.
- Curiel, Ochy (2010/2014). "Hacia la construcción de un feminismo descolonizado. A propósito de la realización del Encuentro Feminista Autónomo: haciendo comunidad en la casa de las diferencias". En Espinosa, Yuderkys; Gómez, Diana y Ochoa, Karina (Eds.). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. (pp. 325-334). Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- _____. (2009). "Descolonizando el feminismo: Una perspectiva desde América Latina y el Caribe". Ponencia presentada en el *Primer Coloquio Latinoamericano sobre Praxis y Pensamiento Feminista*. Buenos Aires, Argentina (24-27 de junio). Recuperado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39749/1/ochycuriel.2009.pdf.pdf> (último acceso el 20 de octubre 2015)
- Davis, Angela (1981). *Women, Race and Class*. New York: Random House.
- De Zordo, Silvia (2012). "In search of pleasure and respect: biomedical contraceptive technologies in Bahia, Brazil". In Manderson, Lenor (Ed.). *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health*. (pp. 16-34). London & New York: Routledge.

-
- _____. (2006). "La planificación familiar en blanco y negro: algunas imágenes de Bahía (Brasil)". En Viveros, Mara; Rivera, Claudia y Rodríguez, Manuel (Comp.). *De mujeres, hombres y otras ficciones* (pp. 129-159). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Díaz, Soledad y Schiappacasse, Verónica (2010). "Derechos sexuales y reproductivos en el Gobierno de Michelle Bachelet". En Valdés, Teresa (Ed.). *¿Género en el poder? El Chile de Michelle Bachelet* (pp. 19-41). Santiago, Chile: Editorial CEDEM.
- Dides, Claudia (2004). "Aproximaciones a los debates públicos sobre sexualidad y reproducción: aprendizajes sobre la introducción de anticoncepción de emergencia en Chile". En Cáceres, Carlos; Frasca, Timothy; Pecheny, Mario y Terto, Veriano (Eds.). *Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo debate* (pp.109-123). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- _____; Nicholls, Leslie; Bozo, Natalia y Fernández, Constanza (2013). *Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2013*. Serie de Documentos N° 3. Santiago, Chile: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública CESOP, Universidad Central de Chile. Recuperado en: <https://banhodeassento.files.wordpress.com/2014/01/estado-situacion3b3n-entrega-ae-2013-cesop-facso.pdf> (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- _____; Benavente, María Cristina y Sáez, Isabel (2010). *Aborto en Chile: Aspectos centrales de la regulación jurídica y normativa*. Serie Documentos Electrónico N° 4. Santiago, Chile: FLACSO-Chile. Recuperado en: http://www.flacso.cl/home/images/stories/Boletin_N4_Final_22_enero.pdf (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- _____; Morán, José Manuel; Benavente, Cristina y Guajardo, Alejandro (2008a). *Sistematización de leyes relacionadas con salud sexual y reproductiva y VIH/Sida en Chile: 1990 a 2007*. Serie Documentos Electrónicos N°3, Programa Género y Equidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/UNFPA. Recuperado en: <http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Sistematizacion-de-leyes-relacionadas-con-Salud-Sexual-y-Reproductiva-y-VIH-SIDA-en-Chile.pdf> (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- _____; Benavente, Cristina; Guajardo, Alejandro; Morán, José Manuel y Barriga, Paula (2008b). *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA en Chile*. Serie Documentos Electrónicos N°1, Programa Género y Equidad. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/UNFPA. Recuperado en: http://issuu.com/flacsochile/docs/2008_5_genero (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- _____; Márquez, Arturo; Guajardo, Alejandro y Casas, Lidia (2007). *Chile: Panorama de sexualidad y derechos humanos*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos. Recuperado en: <http://www.clam.org.br/publicue/media/panoramachiledoc.pdf> (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Dombos, Tamás; Krizsan, Andrea; Verloo, Mieke & Zentai, Violetta (2012). *Critical Frame Analysis: A comparative methodology for the 'Quality of Gender + Equality Policies' (QUING) project*. CPS Working Papers Series. Retrieved on: <https://cps.ceu.edu/sites/default/files/publications/cps-working-paper-critical-frame-analysis-quiring-2012.pdf> (último acceso el 10 de noviembre 2015).
- Donoso, Sebastián (2005). "Reforma y política educacional en Chile 1990-2004: El neoliberalismo en crisis". *Estud. Pedagóg.* 31(1), 113-135.
- Duarte, Klaudio (2012). "Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción". *Última década* 36, 99-125.

-
- _____. (2000). “¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente”. *Última Década* 13, 59-77.
- Dye, Thomas R. (1981). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Eguiguren, Pamela; Cavil, María Eugenia; Díaz, Ximena; Ferres, Marcela; Iglesias, Margarita y Olavarría, José (2009). “Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile: una mirada a las políticas públicas”. *Rev Chil Salud Pública*, 13(2), 106-111. DOI: 10.5354/0719-5281.2009.644
- Espinosa, Yuderlys (2014). “Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica”. *El Cotidiano*, 184, 7-12.
- _____. (2012). “Los desafíos de las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano en el contexto actual”. En: Vargas, Giba; Daza, Mar y Hoetmer, Rafael (Eds.). *Crisis y movimientos sociales en Nuestra América: Cuerpos, territorios e imaginarios en disputa* (pp.209-226). Lima: Programa Democracia y Transformación Global.
- _____. (2009). “Etnocentrismo y colonialidad en los feminismos latinoamericanos: Complicidades y consolidación de las hegemonías feministas en el espacio transnacional”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(33), 37-54.
- _____; Gómez, Diana y Ochoa, Karina (2014). “Introducción”. En Espinosa, Yuderlys; Gómez, Diana y Ochoa, Karina (Eds.). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. (pp. 13-40). Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Espinoza, Vicente y Rabi, Violeta (2012). “La desigualdad social en las relaciones interétnicas en el Chile actual”. En Durston, John (Coord.). *Pueblos originarios y sociedad nacional en Chile: la interculturalidad en las prácticas sociales* (pp. 248-272) Santiago, Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Estivill, Jordi (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social: Conceptos y estrategias*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Ferree, Myra Marx (2009). “Inequality, Intersectionality and the Politics of Discourse: Framing Feminist Alliances”. In Lombardo, Emanuela; Meier, Petra & Verloo, Mieke (Eds.). *The Discursive Politics of Gender Equality. Stretching, Bending and Policy-making* (pp. 84-201). London: Routledge.
- _____; Gamson, Williams; Gerhards, Jürgen & Rucht, Dieter (2002). *Shaping Abortion Discourse: Democracy and the Public Sphere in Germany and the United States*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- FLACSO-Chile (2009). “Acuerdos y convenciones suscritos por Chile en materia de salud sexual y reproductiva”. *Boletín Informativo N° 2. Programa Género y Equidad*. FLACSO-Chile. Recuperado en: <http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Acuerdos-y-Convenciones-suscritos-por-Chile-en-Materia-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva.pdf> (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- FONADIS (2004). *Primer estudio nacional de discapacidad en Chile: ENDISC-CIF*. Santiago, Chile: Fondo Nacional de la Discapacidad e Instituto Nacional de Estadísticas, Gobierno de Chile. Recuperado en: http://www.inec.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Forero, Julieth y Hurtado, Diana (2013). “ACD: una propuesta para el análisis de política pública de género”. *Discurso & Sociedad*, 7(2), 267-289.
- Foucault, Michel (1994/1999). *Estética, ética y hermenéutica*, traducción de Ángel Gabilondo. Barcelona: Paidós.

-
- _____. (1984/2006a). *Historia de la sexualidad. Tomo 2, El uso de los placeres*. Edición a cargo de Julieta Vera y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Siglo veintiuno.
- _____. (1984/2006b). *Historia de la sexualidad. Tomo 3, El cuidado de sí*. Edición a cargo de Julieta Vera y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Siglo veintiuno.
- _____. (1979/1994). *Microfísica del poder*, traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- _____. (1978/2006). *Historia de la sexualidad. Tomo 1, La voluntad de saber*. Edición a cargo de Julieta Vera y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Siglo veintiuno.
- _____. (1972/2002). *La arqueología del saber*, traducción de Aurelio Garzón. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____. (1970/2002). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquest.
- Fraser, Nancy (2006). “La justicia social en la era de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación”. En Fraser, Nancy y Honneth, Axel, *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*, traducción de Pablo Manzano (pp. 33-79). Madrid: Ediciones Morata.
- _____. (1997). *Justice Interruptus: Critical Reflections on the ‘Postsocialist’ Condition*. New York: Routledge.
- _____. (1990a). “Rethinking the public sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy”. *Social Text*, 25/26, 56-80. DOI: 10.2307/466240.
- _____. (1990b). “¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género”. En Benhabib, Seyla y Cornell, Drucilla (Eds.) *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*, traducción de Ana Sánchez (pp.49-88). Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.
- Frías, Lorena; Lorenzini, Kena y Zavala, Ximena (Coord.) (2007). *Informe Sombra CEDAW. Chile 2003-2006*. Santiago, Chile: Corporación Humanas. Recuperado en: https://www.sernam.cl/descargas/008/doc/InfAlt_Soc_Civil_Chile2003-2006.pdf (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Fundación Sol (2012). *Informe territorial Red Chilena por territorios justos y sustentables Región de Valparaíso, El Maule, La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos*. Red de Territorios Ciudadanos. Recuperado en: <http://www.redterritoriosciudadanos.cl/?p=2391> (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Gargallo, Francesca (2008). “Para pensar cómo deconstruir el feminismo hegemónico en nuestra América. A manera de provocación-reflexión”. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, II (2), 17-29.
- Garretón, Manuel y Garretón, Roberto (2010). “La democracia incompleta en Chile: La realidad tras los rankings internacionales”. *Revista de ciencia política*, 30(1), 115-148.
- Giddens, Anthony (2000). “Etnicidad y raza”. En *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gil Hernández, Franklin (2011). “Estado y procesos políticos: sexualidad e interseccionalidad”. Em Corrêa, Sonia (Eds.). *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos* (pp. 80-99). Rio de Janeiro: Observatório de Sexualidade e Política.
- _____. (2008). “Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad”. En Wade, Peter; Urrea, Fernando y Viveros, Mara (Eds.). *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. (pp. 485-512) Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gilligan, Carol (1982/1985). *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*. México D.F: Fondo cultural económico de México.

-
- Grosfoguel, Ramón (2008). "Hacia un pluri-versalismo transmoderno decolonial". *Tabula Rasa*, 9, 199-215.
- Guzmán, Francisco (2012). "El binomio-discapacidad-enfermedad. Un análisis crítico". *Revista internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 61-71.
- Guzmán, Paco y Platero, Raquel (Lucas) (2012). "Passing, enmascaramiento y estrategia identitaria: diversidades funcionales y sexualidades no-normativas". En Platero, Raquel (Lucas) (Ed.). *Intersecciones: cuerpo y sexualidades en la encrucijada: temas contemporáneos* (pp. 125-158). Barcelona: Bellaterra.
- Guzmán, Virginia & Seibert, Ute (2010). *The churches and gender equality in Chile. Religious impact on sex education policies and on the introduction of emergency contraception*. Final Research Report prepared for the project Religion, Politics and Gender Equality. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Heirich Böll Stiftung. Retrieved on: http://www.gwi-boell.de/sites/default/files/assets/gwi-boell.de/images/downloads/Final_Country_Report_Chile_June2010.pdf (último acceso el 22 de diciembre 2015).
- Hancock, Ange-Marie (2007). "When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm". *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79. DOI: 10.1017/S1537592707070065
- Hankinovsky, Olena; Reid, Collen; Cormier, Renee; Varcoe, Collen; Clark, Natalie; Benoit, Cecilia & Brotman, Shari (2010). "Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research". *International Journal for Equity in Health*, 9(5), 1-15. DOI: [10.1186/1475-9276-9-5](https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-5)
- Haraway, Donna (1988/1995). *Ciencia, cyborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra/Universidad de Valencia.
- Hernández, Zoila (2008). "Algunos aspectos a considerar sobre la sexualidad del adulto mayor". *El Ágora USB*, 8(2), 375-387.
- Hierro, Graciela (2001). *La ética del placer*. México D.F: UNAM.
- _____. (1998). *Ética feminista*. México D.F: UNAM.
- _____. (1985). *Ética y feminismo*. México D.F: UNAM.
- Hill Collins, Patricia (1990/2000). *Black feminist thought. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge.
- Hills, John (1999). *Social Exclusion, Income Dynamics and Public Policy*. Annual Sir Charles Carter Lecture. Belfast: Northern Ireland Economic Council.
- hooks, bell (1984/2004). "Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista". En hooks, bell; Brah, Avtar; Sandoval, Chela y Anzaldúa, Gloria. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*, traducción de Rocío Macho, Hugo Romero, Álvaro Salcedo y María Serrano (pp. 33-50). Madrid: Traficantes de sueños.
- Hunt, Scott; Benford, Robert y Snow, David (1994). "Marcos de acción colectiva y campos de identidad en la construcción social de los movimientos". En Larraña, Enrique y Gusfield, Joseph (Coord.). *Los nuevos movimientos sociales, de la ideología a la identidad*, traducción de Antonio Rivas y Enrique Laraña (pp.221-252). Madrid: CSIC.
- Hurtado, Josefina; Pérez, Soledad y Dides, Claudia (2004). "El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en Chile: ¿Separación Iglesia-Estado?". En Dides, Claudia (Comp.). *Diálogos Sur-Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú* (pp.75-101). Santiago, Chile: Programa de Estudios de Género y Sociedad, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

- ICMER (2010). *Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva*. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado en http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/marco_conceptual_politic_%20progr_ssr.pdf (último acceso el 20 de diciembre 2015).
- Jacobs, Elena (2004). *Sexuality in Chile*. Independent Study Project (ISP) Collection. SIT Study Abroad. Retrieved on: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1531&context=isp_collection (último acceso el 20 de diciembre 2015).
- Jensen, María Florencia (2008). "Inmigrantes en Chile: La exclusión vista desde la política migratoria chilena". Ponencia presentada en el *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*. Córdoba, Argentina (24-26 septiembre). Recuperado en: http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_3_54.pdf (último acceso el 20 de agosto 2015).
- Jobert, Bruno (2004). *Estado, Sociedad, Políticas Públicas*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Johnson, Niki (2006). "El desafío de la diferencia: La representación política de las mujeres y de los pueblos indígenas en Chile. Aportes para un debate público sobre los mecanismos de acción afirmativa". En Fuentes, Claudio y Villar, Andrés (Eds.). *Desafíos democráticos* (pp.135-167). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Jones, Owen (2011/2013). "Políticos versus chavs". En *Chavs. La demonización de la clase obrera*, traducción de Iñigo Jáuregui (pp.93-132). Madrid: Capitán Swing.
- Kantola, Johanna (2006). "Gender and the State: Theories and Debates". In *Feminists Theorize the State* (pp. 1-21). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Kollontai, Aleksandra (1976/1978). *Autobiografía de una mujer sexualmente emancipada*, traducción de Elena Herrero y Juan del Solar. Barcelona: Editorial Fontamara.
- Kraft, Michael y Furlong, Scott (2006). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*, Second Edition. Washington D.C: CQ Press.
- Krassoievitch, Miguel (1994). "La sexualidad en la tercera edad". En *Antología de la sexualidad humana*. Vol. II (pp.763-781). México, D.F: Consejo Nacional de Población.
- Krauskopf, Dina (2008). "Dimensiones de la participación en las juventudes contemporáneas Latinoamericanas". *Revista Pensamiento Iberoamericano* 3(2), 165-182.
- _____. (2000). "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes". En Balardini, Sergio (Comp.). *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo* (pp.119-134). Buenos Aires: CLACSO.
- Krizsan, Andrea; Skjeie, Hege & Squires, Judith (Eds.) (2012). *Institutionalizing intersectionality: the changing nature of European equality regimes*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- _____. & Verloo, Mieke (2007). "D10 Sampling Guidelines Manual" (QUING unpublished report). Vienna: IWM.
- Laparra, Miguel; Obradors, Anna; Pérez, Begoña; Pérez, Yruea; Manuel; Renes, Víctor; Sarasa, Sebastià; Subirats, Joan y Trujillo Manuel (2007). "Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas". *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-58.

-
- Larraín, Soledad y Walker, Paula (2005). *Aspectos relevantes que favorecen el acceso desigual y la discriminación hacia los niños, niñas y adolescentes en Chile*. Serie Ideas N°60. Santiago, Chile: Fundación Chile 21.
- Lauretis de, Teresa (1987). *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fictions*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Levitas, Ruth (2005). *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour*. London: Palgrave-Macmillan.
- Levitas, Ruth; Pantazis, Christina; Fahmy, Eldin; Gordon, David; Lloyd, Eva & Patsios, Demi (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*, Department of Sociology and School for Social Policy Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol. Retrieved on: <http://dera.ioe.ac.uk/6853/1/multidimensional.pdf> (último acceso el 20 de diciembre 2015).
- Logroño, Julieta (2007). *Percepciones sobre género, sexualidad y adultocentrismo y su relación con la explotación sexual. Informe final de investigación*. Ecuador: CONAMU-UNICEF. Recuperado en: http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=905&pub_id=830 (último acceso el 13 de septiembre 2013).
- Lombardo, Emanuela & Meier, Petra (2014). "A Discursive Approach to Symbolic Representation". In *The symbolic representation of gender. A discursive approach* (pp.39-54). Aldershot: Ashaga.
- _____; Meier, Petra & Verloo, Mieke (2013). "Policy making". In Waylen, Georgina; Celis, Karen; Kantola, Johanna y Weldon, S. Laurel (Eds.). *The Oxford Handbook of gender and politics* (pp. 653-676). New York: Oxford University Press.
- _____. (Eds.) (2009). *The discursive politics of gender equality: stretching, bending, and policy-making*. New York: Routledge.
- _____. & Rolandsen, Lise (2014). "The articulation of intersectionality in EU gender based violence policies". Paper presented in *ECPR General Conference 2014*. Glasgow, United Kingdom (3-6 September). Retrieved on: <https://ecpr.eu/Filestore/PaperProposal/643a6db4-c952-46f1-8ddc-ed2efa99af96.pdf> (último acceso 2 de febrero 2016).
- _____. (2012). "Framing Gender Intersections in the European Union: What Implications for the Quality of Intersectionality in Policies?" *Social Politics*, 19(4), 485-512. DOI: 10.1093/sp/jxr001
- _____. y Verloo, Mieke (2010). "La interseccionalidad del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea". *Revista Española de Ciencia Política* 23, 11-30.
- _____. (2009). "La institucionalización de la 'interseccionalidad' de género con otras desigualdades en la Unión Europea: desarrollos políticos y contestaciones". Ponencia presentada en el *IX Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración*. Málaga, España (23-25 septiembre). Recuperado en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/target/Art%20Chs%20ES/LombardoVerloo_AECPA09ES.pdf
- López, Alejandra; Amorin, David; Benedet, Leticia; Carril, Elina; Celiberti, Lilián; Güida, Carlos; Ramos, Valeria y Vitale, Angélica (2005). *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

- López, Aralia (2004). "En la búsqueda de una ética feminista de la comunicación". En Bedregal, Ximena (Ed.). *Ética y feminismo*. México D.F: Ediciones La Correa Feminista.
- López, Ramón; Figueroa, Eugenio y Gutiérrez, Pablo (2013). *La 'parte del león': Nuevas estimaciones de la participación de los súper ricos en el ingreso de Chile*. Serie de documentos de trabajo CDT 379. Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Recuperado en: <http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/306018fadb3ac79952bf1395a555a90a86633790.pdf> (último acceso el 4 de febrero 2016).
- Lugones, María (2012). "Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples". En Montes, Patricia (Ed.). *Pensando los feminismos en Bolivia*. Serie Foros 2 (pp.129-140). La Paz: Conexión Fondo de Emancipaciones.
- _____. (2010) "Towards a decolonial feminist". *Hypatia*, 25(4), 742-759. DOI: 10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x
- _____. (2008) "Colonialidad y género". *Tabula Rasa*, 9, 73-101.
- _____. (2005). "Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color". *RIFP*, 25, 61-75.
- MacKinnon, Catherine (1989/1995). *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Cátedra.
- _____. (1982). "Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory". *Signs*, 7(3), 515-544.
- Maira, Gloria (2010). "El pildorazo: Michelle Bachelet, nosotras y la defensa de la anticoncepción de emergencia". En Burotto, Alessandra y Torres, Carmen (Eds.). *Y votamos por ella. Michelle Bachelet: miradas feministas* (pp. 115-140). Santiago, Chile: Andros Impresores.
- Maldonado-Torres, Nelson (2007). "Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto". En Castro-Gómez, Santiago y Grosfoguel, Ramón (Eds.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. (pp. 127-167). Bogotá: Iesco-Pensar-Siglo del Hombre Editores.
- Marco Fabre, Miguel (2000). "Consideraciones en torno al concepto de exclusión social". *Acciones e investigación sociales*, 11, 9-22.
- Martínez-Bascuñán, Máriam (2011). "¿Ha quedado obsoleta la política de la diferencia?" *Política y Sociedad*, 48(3), 603-619. DOI: 10.5209/rev_POSO.2011.v48.n3.36437.
- Martínez, Miguel (2006). "La investigación cualitativa (Síntesis conceptual)". *Revista IIPSI*, 9(1), 123-146.
- Matamala, María Isabel (Ed.) (2007). *Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana 2006*. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 4. OPS/OMS. Santiago, Chile: LOM Ediciones. Recuperado en: http://www.observatoriogenerosalud.cl/Documentos/Participacion_Ciudadana_en_Salud.pdf (último acceso el 2 de febrero 2016).
- _____; Eguiguren, Pamela y Díaz, Ximena (2011). *Tensiones y Silencios en la reforma de la salud*. Santiago, Chile: Observatorio de Equidad de Género en Salud. Recuperado en: <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20120904113746MONOGRAFIA%20WEB.pdf> (último acceso el 4 de diciembre 2015).
- Mathieson, Janes; Popay, Jennie; Enoch, Etheline; Escorel, Sarah; Hernández, Mario; Johnston, Heidi & Rispel, Laetitia (2008). *Social Exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities. A review of literature*.

- WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1. Lancaster: Lancaster University. Retrieved on: http://www.who.int/social_determinants/media/sekn_meaning_measurement_experience_2008.pdf.pdf (último acceso el 20 de diciembre 2015).
- McAdam, Doug; McCarthy, John y Zald, Mayer (1996) (Eds.). *Comparative perspective on social movements: political opportunities, mobilizing structures and cultural framing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McBride, Dorothy & Mazur, Amy (2013). "Women's policy agencies and state feminism". In Waylen, Georgina; Celis, Karen; Kantola, Johanna & Weldon, S. Laurel (Eds.). *The Oxford Handbook of gender and politics* (pp. 655-675). New York: Oxford University Press.
- Méndez, Claudio y Vanegas, Jairo (2010). "La participación social en salud: el desafío de Chile". *RevPanam Salud Pública*, 27(2), 144-148.
- Mendoza, Breny (2010). "La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano". En Espinosa, Yuderkys (Ed.). *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano*. Vol. I (pp. 24-30). Buenos Aires: En la Frontera.
- _____. (2001). "La desmitologización del mestizaje en Honduras. Evaluando nuevos aportes". *Mesoamérica*, 22 (42), 256-279.
- Mezzadra, Sandro (2008). "Introducción". En Mezzadra, Sandro (Comp.). *Estudios postcoloniales. Ensayos fundamentales*, traducción Marta Malo (pp. 15-32). Madrid: Traficantes de sueños.
- Mignolo, Walter (1995). "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", *CELEHIS: Revista del Centro de Letras Hispanoamericanas*, 4-5, 265-290. Recuperado en: <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/celehis/article/view/403/411> (último acceso el 20 de enero 2016).
- _____. (2001). "Introducción". En Mignolo, Walter (Comp.). *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la ideología de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- _____. (2000/2003). *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Miller, Alice (2004). "Sexuality, violence against women and human rights: women make demands and ladies get protection". *Health and human rights*, 7(2), 17-47.
- Millet, Kate (1975/1997). *Política sexual*, traducción de Ana María Bravo García. Madrid: Cátedra.
- MINEDUC (2005). *Informe final Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre educación sexual*. Santiago, Chile: MINEDUC-UNFPA. Recuperado en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2005_Comision_de_Evaluacion_y_Recomendaciones_sobre_Educacion_Sexual.pdf (último acceso el 6 de noviembre 2015).
- Miranda, Patricio (2011). "Tensiones estructurales y semánticas en las políticas públicas - una cartografía del caso chileno". *Revista Textos y Contextos*, 10(1), 137 – 156.
- _____. (2009) "Transformaciones del referencial normativo de las políticas públicas en sociedades complejas. Observaciones de políticas en Chile". N° Proyecto: 1095186. Proyecto de investigación presentado a concurso público FONDECYT, Chile.
- _____; Mascareño, Aldo; Pelfani, Alejandro y Rubilar, Gabriela (2012). "Instituciones formales y redes informales en políticas públicas: Interferencias procesuales y normativas en políticas de pobreza, obras públicas y medioambiente

- en Chile”, *GIGAPP Estudios Working Papers*, 10, 1-17. Recuperado en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:ojs.127.0.0.1:article/18&oai_iden=oai_revista769# (último acceso el 20 de diciembre 2015).
- Mohanty, Chandra Talpade (1984/2008). “Bajo los ojos de Occidente. Academia Feminista y Discurso Coloniales”. En Suárez, Liliana y Hernández, Aída (Eds.). *Descolonizar el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes* (pp.117-163). Madrid: Cátedra.
- Molina Petit, Cristina (2005). “El feminismo socialista estadounidense desde la ‘Nueva Izquierda’”. Las teorías del sistema dual (Capitalismo + Patriarcado)”. En Amorós, Celia y De Miguel, Ana (Eds.). *Teoría feminista: de la Ilustración a la Globalización*. Vol. 2 (pp. 147 a 188). Madrid: Minerva Ediciones.
- Moraga, Cherríe & Anzaldúa, Gloria (Eds.) (1981). *This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color*. New York: Kitchen Table, Women of Color Press.
- MOVILH (2015). XIII. *Informe anual de derechos humanos de la diversidad sexual en Chile. Hechos 2014. Historia anual de las minorías sexuales chilenas*. Santiago, Chile: MOVILH-Chile. Recuperado en: <http://www.movilh.cl/documentacion/2014/XIII%20Informe%20de%20DDHH%202014-web.pdf> (último acceso el 22 de diciembre 2015).
- Murard, Numa (2002). “Guilty victims: social exclusion in contemporary France”. In Chamberlayne, Prue; Rustin, Michael & Wengraf, Tom (Eds.). *Biography and social exclusion in Europe. Experiences and life journeys* (pp.41-60). Bristol: Policy Press.
- Observatorio de Equidad de Género en Salud (2009). *Informe 2007-2008*. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Recuperado en: http://www.cem.cl/pdf/libro_corregido_3.pdf (último acceso el 4 de noviembre 2015).
- OCDE (2014). *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*. OECD Publishing. DOI: 10.1787/soc_glance-2014-en
- Okin, Susan Moller (1989). *Justice, Gender, and the Family*. Nueva York: Basic Books.
- Olavarría, José (2005). “La política de educación sexual del Ministerio de Educación de Chile. Consideraciones para una evaluación”. Ponencia presentada en el *Seminario Internacional: Equidad de Género en las Reformas Educativas de América Latina*. Santiago, Chile (17-18 mayo). Recuperado en: http://www.pasa.cl/biblioteca/La_Politica_de_Educacion_del_Ministerio_de_Educacion_de_Chile_Olavarr.doc (último acceso el 4 de diciembre 2015).
- Oliva, María Angélica (2008). “Política educativa y profundización de la desigualdad en Chile”. *Estud. Pedagóg*, 34(2), 207-226.
- OMS (1999). *Anticoncepción de Emergencia: Guía Práctica para la Prestación de Servicios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortúzar, Diego (2009). “Políticas del cuerpo en la discapacidad: retóricas de la rehabilitación en Chile”. *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 3(1), 67-77.
- OTD/IGLHRC (2012). *Violaciones de los derechos humanos de las personas lesbianas, bisexuales y transexuales (LGT): Un informe sombra*. Presentado a la Sesión N°53 (Chile) de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer por la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD) e International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC). Recuperado en:

- http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/53/OTD_IGLHRC_Chile_ForTheSession53_S.pdf (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Oyèwùmí, Oyèrónké (1997). *The Invention of Women. Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Palma, Irma; Reyes, Daniel y Moreno, Claudia (2013). “Educación sexual en Chile: Pluralismo y libertad de elección que esconde una propuesta gubernamental conservadora”. *Docencia*, 49, 14-24.
- Panfichi, Aldo (2001). “Sociedad civil y gobernabilidad democrática en los Andes y el Cono Sur: una visión panorámica al filo del siglo XXI”. Ponencia presentada en *Meeting of the Latin American Studies Association*. Washington D.C (6-8 septiembre). Recuperado en: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/PanfichiAldo.pdf> (último acceso el 4 de diciembre 2015).
- Paredes, Julia y Guzmán, Adriana (2014). *El tejido de la rebeldía ¿Qué es el feminismo comunitario? Bases para la despatriarcalización*. La Paz: Mujeres Creando Comunidad.
- Parker, Richard y Aggleton, Peter (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: Un marco conceptual e implicaciones para la acción*. Documento de trabajo 9, Programa de salud reproductiva y sociedad. México D.F: Colegio de México.
- Pateman, Carole (1985/1996). “Críticas feministas a la dicotomía público/privado”. En Castells, Carme (Ed.). *Perspectivas feministas en teoría política* (pp. 31-52). Barcelona: Paidós.
- Patton, Michael Q. (1982). *Practical Evaluation*. Beverly Hills, California: Sage.
- Pautassi, Laura (2008). “La articulación entre políticas públicas y derechos, vínculos difusos”. En Erazo, Ximena (Coord.). *Políticas Públicas para un Estado Social de Derechos. El paradigma de los Derechos Universales. Vol. I* (pp. 89-116). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Pecheny, Mario y De la Dehesa, Rafael (2009/2011). “Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión”. En Corrêa, Sonia y Parker, Richard (Org.). *Sexualidade e política na América Latina: históricas, interseções e paradoxos* (pp. 31-79). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- Pisano, Margarita (1996). *Un cierto desparpajo*. Edición de Sandra Lidid. Santiago, Chile: Ediciones Número Crítico.
- _____. (1994/2004). “Niñas buenas, niñas malas ¿qué pasa con la moral?”. En Bedregal, Ximena (Ed.). *Ética y feminismo*. (pp. 3-11). México D.F: Ediciones La Correa Feminista.
- Platero, Raquel (Lucas) (2013). “Una mirada crítica sobre la sexualidad y la diversidad funcional: Aportaciones artísticas, intelectuales y activistas desde las teorías tullida (crip) y queer”. En Solá, Mairian y Urko, Elena (Coord.). *Tranfeminismos: epistemes, fricciones y flujos* (pp. 211-224). Tafalla: Txalaparta.
- Pollack, Molly (2002). *Equidad de género en el sistema de salud chileno*, N° 123 Serie Financiamiento al Desarrollo. Santiago, Chile: CEPAL. Recuperado en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2002/S029691.pdf> (último acceso el 4 de septiembre 2014).
- Popay, Jennie; Escorel, Sarah; Hernández, Mario; Johnston, Heidi; Mathieson, Jane & Rispel, Laetitia (2008). *Understanding and Tackling Social Exclusion*. SEKN Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Lancaster University. Retrieved on:

- http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf?ua=1 (último acceso el 4 de diciembre 2015).
- Quijano, Aníbal (2000). "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina". En Lander, Edgardo (Ed.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas* (pp. 122-151). Buenos Aires: CLACSO.
- Rabato, Esther (2013). "Sobre el uso del concepto de 'raza' en la especie humana", en *Conmemoración del Día Internacional de la Eliminación de la Discriminación Racial*. (21 de marzo) Recuperado en: http://www.gitanos.org/upload/33/33/Rebato_E._Sobre_el_uso_del_concepto_raza_en_la_especie_humana.21032103.pdf (último acceso el 10 de septiembre 2015).
- Regueta, Jesús; Cervera, Lex; Pérez, Jorge y Del Toro, Javier (2002). "Sexualidad en la tercera edad". *Revista Cubana Medicina General Integral*, 18(5), 336-339.
- Rich, Adrienne (1980/1996). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana", traducción de María-Milagros Rivera Garretes. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, 10, 15-45.
- Ríos, Marcela (2000). "Chilean feminism(s) in the nineties: Paradoxes of an unfinished transition". *International Feminist Journal of Politics* 5(2), 256-280. DOI: 10.1080/1461674032000080594
- Rodríguez, Susana y Ferreira, Miguel (2010). "Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de dis-capacidad". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1), 151-172.
- Rojas, Mauricio (2012). "¿Persiguiendo fantasmas? La exclusión social: conceptos, realidades y mitos". *Serie Ensayos Biblioteca Virtual de Mauricio Rojas*. Recuperado de <http://bibliotecademauriciorojas.files.wordpress.com/2012/04/m-2-rojas-persiguiendo-fantasmas-copia.pdf> (último acceso el 10 de junio 2015).
- Rubano, Mariela (2007). "La reforma del sistema electoral chileno". *Revista Estudios Constitucionales*, 5(2), 365-380.
- Rubin, Gayle (1984). "Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality". In Vance, Carole (Ed.). *Pleasure and danger: exploring female sexuality* (pp. 143-179). Boston: Routledge and KeganPaul.
- _____. (1975). "The Traffic in Women: Note on the 'Political Economy' of Sex". In Reiter, Rayna (Ed.). *Toward an Anthropology of Women* (pp.157-210). New York: Monthly Review Press.
- Santos, Boaventura de Sousa (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Schiappacasse, Verónica; Vidal, Paulina; Casas, Lidia; Dides, Claudia y Díaz, Soledad (2003). *Chile: Situación de salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago, Chile: ICMER/CORSAPS.
- Segato, Rita (2014). "Colonialidad y patriarcado moderno: expansión del frente estatal, modernización y la vida de las mujeres". En Espinosa, Yuderkys; Gómez, Diana y Ochoa, Karina (Eds.). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala* (pp. 75-90). Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Sen, Amartya. (2000). *Social exclusion: Concept, application, and scrutiny*. Manila: Asian Development Bank.
- SENAMA (2009). *Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago, Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile.

- Shepard, Bonnie (2000). "The 'Double Discourse' on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The Chasm between Public Policy and Private Actions". *Health and Human Rights*, 4(2), 110-143. DOI: 10.2307/4065198
- Siavelis, Peter (2004). "Sistema electoral, desintegración de coaliciones y democracia en Chile: ¿El fin de la Concertación?" *Revista de Ciencias Políticas*, 24(1), 58-80.
- Silver, Hilary (2007). *The process of social exclusion. The dynamics of an evolving concept*. CPRC Working Paper 95. Rhode Island: Brown University, Chronic Poverty Research Centre. Retrieved on: http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/ChronicPoverty_RC/95Silver.pdf (último acceso el 4 de julio 2015).
- Silver, Hilary y S. M. Miller (2003). "Social Exclusion. The European Approach to Social Disadvantage". *Indicators*, 2(2).
- Solar, Ximena (2009). *Género y políticas públicas. Estado del arte*. Santiago, Chile: Fundación Germina. Recuperado en: http://www.germina.cl/wp-content/uploads/2011/05/publicacion2_genero_politicas_publicas_estado_del_arte.pdf (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Spivak, Gayatri Chakravorty (1993). *Outside in the Teaching Machine*. New York: Routledge.
- _____. (1985/2009). *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona: Museo D'Art Contemporani de Barcelona.
- Suárez, Liliana (2008). "Colonialismo, gobernabilidad y feminismos poscoloniales". En Hernández, Rosalva y Suárez, Liliana (Eds.). *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes* (pp. 24-67). Madrid: Cátedra.
- SUBDERE (2000). *Diagnóstico sobre el proceso de descentralización en Chile*. División de Evaluación y cuentas públicas. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Recuperado en: http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-65837_recurso_1.pdf (último acceso el 8 de agosto 2015).
- Subirats, Joan; Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne y Varonne, Frederic (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- _____; Gomá, Ricard y Brugué, Joaquim (Coord.) (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Documento de trabajo N° 4. Fundación BBVA e Institut d'Estudis Autònoms - Generalitat de Catalunya. Recuperado en: http://fbbva.es/TLFU/dat/DT_2005_04.pdf (último acceso el 10 de diciembre 2015).
- Toboso, Mario y Guzmán, Francisco (2010). "Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Proscuto". *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83.
- Tristán, Flora (2003). *Feminismo y socialismo. Antología*. Edición a cargo de Ana de Miguel y Rosalía Romero. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Tuñón, Julia (2004). "Porque Clío era mujer. Algunos problemas para hacer su historia". En Bedregal, Ximena (Ed.). *Ética y feminismo* (pp. 58-67). México D.F: Ediciones La Correa Feminista.
- Tzul-Tzul, Gladys (2008). "Circulación en sociedades K'ich'es, Paqui, Totonicapán, Guatemala: acerca del sujeto indígena". Ponencia presentada en *Seminario Permanente de Filosofía Nuestramerica*. México D.F, México (25 febrero).
- UNFPA-MINSAL (2012). *III Reunión del Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud*. Informe de Sistematización. Santiago, Chile: Fondo Nacional de Poblaciones de las Naciones Unidad y Ministerio de Salud. Recuperado en:

-
- http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251257500.Informe_Final_Sistematizacion.pdf (último acceso el 4 de noviembre 2015).
- Valdés, Teresa (2013). “La CEDAW y el Estado de Chile: viejas y nuevas deudas con la igualdad de género”, *Anuario de Derechos Humanos*, 9, 171-181.
- Valles, Miguel (2007). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Van Dijk, Teun (2009). *Discurso y poder: contribuciones a los estudios críticos del discurso*. Barcelona: Gedisa.
- Vance, Carole (1991). “Anthropology Rediscovered Sexuality: A Theoretical Comment”. *Social Science and Medicine*, 33(8), 875-884. DOI: [10.1016/0277-9536\(91\)90259-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90259-F)
- _____. (1984). “Pleasure and danger: towards politics of sexuality”. In Vance, Carole (Ed.). *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge and KeganPaul.
- Vásquez, Ana (2006). *Amor y sexualidad en las personas mayores: transgresiones y secretos*. Barcelona: Gedisa.
- Vera, Rodrigo (2004). “El debate público sobre derechos sexuales y reproductivos en América Latina. Introducción a la discusión de cuatro estudios realizados en la región: Argentina, Chile, Colombia y Perú”. En Dides, Claudia (Comp.) *Diálogos Sur-Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú* (pp.7-14). Santiago, Chile: Programa de Estudios de Género y Sociedad, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Verloo, Mieke (2013). “Intersectional and Cross-Movement Politics and Policies: Reflections on Current Practices and Debates”. *Signs*, 38(4), 893-915. DOI: 10.1086/669572
- _____. (2007). *Multiple Meanings of Gender Equality. A Critical Frame Analysis of Gender Policies in Europe*. Budapest: Central European University Press.
- _____. (2006). “Multiple Inequalities, Intersectionality and the Europe Union”. *European Journal of Women’s Studies*, 13(3), 211-228. DOI: 10.1177/1350506806065753
- _____. (2005). “Mainstreaming Gender Equality in Europe. A Critical Frame Analysis Approach”. *The Greek Review of Social Research*, 117(B’), 11-34.
- Villarroel, Raúl (2007). “Derechos individuales y deberes de Estado. Consideraciones bioéticas en torno al debate sobre la anticoncepción de emergencia en Chile”. *Acta Bioethica*, 13(2), 190-198.
- Viñas, Verónica (2009). “Catástrofes y cambio de políticas públicas. *Prestige* seis años después. Un análisis de marcos interpretativos”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 127, 121-153.
- Viveros, Mara (2009). “La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual”. *Revista Latinoamericana de Estudios Feministas*, 1, 63-81.
- _____. (2008). “Más que una cuestión de piel. Determinantes sociales y orientaciones subjetivas en los encuentros y desencuentros heterosexuales entre mujeres y hombres negros y no negros en Bogotá”. En Wade, Peter; Urrea, Fernando y Viveros, Mara (Ed.). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina* (pp. 247-279). Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia.
- _____. (2002). *De quebradores y cumplidores*. Bogotá: CES–Universidad Nacional de Colombia.

-
- Wade, Peter (2013). "Racismo, democracia racial, mestizaje y relaciones de sexo/género". *Tabula Rasa*, 18, 45-74.
- Walby, Sylvia (2009). *Globalization and Inequalities: Complexity and Contested Modernities*. London: Sage.
- _____; Armstrong, Jo y Strid, Sofia (2012). "Intersectionality and the Quality of the Gender Equality Architecture". *Social Politics*, 19(4), 446-481.
- Weeks, Jeffrey (1986/1998). *Sexualidad*. México D.F: Paidós-PUEG-UNAM.
- Weldon, Laurel (2006). "The structure of Intersectionality: A comparative Politics of Gender". *Politics and Gender*, 2(2), 235-248. DOI: 10.1017/S1743923X06231040
- Wittig, Monique (1978/2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, traducción de Javier Sáez y Paco Vidarte. Madrid: Egales.
- Young, Iris Marion (2006). "Education in the Context of Structural Injustice: A symposium response". *Educational Philosophy and Theory*, 38(1), 94-103. DOI: 10.1111/j.1469-5812.2006.00177.x
- _____. (1996). "Vida política y diferencia de grupo: una crítica del ideal de ciudadanía universal". En Castells, Carme (Ed.). *Perspectivas feministas en teoría política* (pp.99-126). Barcelona: Paidós.
- _____. (1990/2000). *La justicia y la política de la diferencia*, traducción de Silvina Álvarez. Madrid: Cátedra.
- _____. (1987/1990). "Imparcialidad y lo cívico público. Algunas implicaciones de las críticas feministas a la teoría moral y política". En Benhabib, Seyla y Cornell, Drucilla (Eds.) (1990). *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*, traducción de Ana Sánchez (pp.89-118). Valencia: Alfons el Magnànim.
- Yuval-Davis, Nira (2006). "Intersectionality and Feminist Politics". *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193-209. DOI: 10.1177/1350506806065752
- Zald, Mayer (1999). "Cultura, ideología y creación de marcos estratégicos". En McAdam, Doug; McCarthy, John y Zald, Mayer (Eds.). *Movimientos Sociales: perspectivas comparadas, oportunidades políticas, estructuras de movilización y marcos interpretativos*. Colección Fundamentos Nº 157 (pp. 369-388). Madrid: ISTRO.

ANEXOS

Anexo N°1: Cuadro Síntesis: Vinculación entre las preguntas de investigación y los tres elementos del modelo conceptual de análisis

Pregunta Principal	Elementos	Conceptualización	Pregunta de referencia	Preguntas específicas de investigación
¿Cuál es la noción de inclusión social que propone la política de salud sexual y reproductiva en Chile durante el periodo 2000-2015?	Referente normativo	Conjunto de creencias, principios y valores morales que definen el <i>deber ser</i> desde donde se determina, en una política, qué es un problema y qué fines debe perseguir la acción pública.	¿Cuál/es es/son la/s normatividad/es que define/n qué problemas debe atender la política pública y cómo debe resolverlos?	i) ¿Cuál/es es/son el/los <i>referente/s normativo/s</i> que orienta/n la formulación de la política analizada? ii) ¿En qué medida el/los <i>referente/s normativo/s</i> hallado/s apunta/n a la inclusión de sujetos y normatividades diversas?
	Visión de Sociedad	Representación de la sociedad asumida por la política pública y, desde ahí, cómo se piensa el cambio social. Específicamente, ésta alude a las dinámicas de interacción entre el Estado y los diversos actores de la sociedad civil planteadas por la política.	¿Qué actores políticos debiesen definir el/los problema/s y la/s solución/es que serán contemplado/s por la política pública y cómo debiese darse la interacción entre estos actores?	iii) ¿Cuál es la <i>visión de sociedad</i> que subyace al proceso de formulación de la política abordada? iv) ¿En qué medida se incorporan prácticas de consulta y coordinación colaborativa entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad civil en el proceso de formulación de la política estudiada?
	Concepción de Sujeto	Representación de los sujetos a los cuales se dirige la política pública, en términos de interseccionalidad y agencia.	¿Para quién/es es/son formuladas las políticas públicas y qué rol cumplen estos sujetos o grupos en la identificación de problema/s y solución/es?	v) ¿Cuál es la <i>concepción de sujeto</i> que presupone la formulación de la política analizada? vi) ¿En qué medida y de qué manera se ha integrado un enfoque de interseccionalidad del género con otros ejes de exclusión en el <i>policy making</i> ?

Anexo N°2: Adaptación de la Pauta y las Preguntas Guía para el Análisis Crítico de Marcos Interpretativos⁵⁴⁸

NÚMERO/ CÓDIGO/ TÍTULO

- Título Completo del texto
- País/ Lugar
- Tema
- Fecha
- Tipo/Estatus del documento
- Actor(es) y Género de los actores, si se puede aplicar
- Audiencia
- Evento/Razón/Motivo de la aparición del texto
- Partes eliminadas del texto

Voz/Quién habla en el texto

RESUMEN

- Voz (voces) presentes en el texto (quiénes redactan el texto)
- Perspectiva desde la que hablan
- Referencias: palabras clave/conceptos (igualdad de género, inclusión social, interculturalidad, derechos, etc.) y de quién provienen
- Referencias: actores políticos (qué actores son aludidos)
- Referencias: documentos (qué documentos son citados)
- Formato (argumentación/estilo/técnicas de persuasión/dicotomías/metáforas)

Diagnóstico

RESUMEN

- ¿Qué se representa como problema? ¿En qué medida el género y otros ejes de exclusión (etnicidad, clase social, edad, ubicación geográfica, etc.) son parte de ello?
- ¿Por qué se ve como problema?
- Causa (¿cuál es la causa de qué?)
- Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, de identidad, comportamientos, normas, símbolos, instituciones son mencionadas como parte del problema?, ¿son naturalizadas/os o cuestionadas/os? ¿reproducen relaciones de exclusión y/o pasividad?)
- Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, ubicación geográfica, etnia/raza, edad, orientación sexual, diversidad funcional?)
- Mecanismos (¿qué recursos/normas e interpretaciones/legitimación contribuyen a perpetuar el problema?)
- Localización (¿dónde se localiza el problema? ¿organización del trabajo/de la intimidad/o de la ciudadanía?)

⁵⁴⁸ Fuente: reelaboración propia a partir de los proyectos MAGEEQ y QUING.

Atribución de los roles en el diagnóstico

RESUMEN

- Causa (¿quién o qué ha causado el problema?)
- Responsabilidad (¿quién es responsable del problema?)
- Quién/es tiene/n el problema (¿de quién parece ser el problema?)
- Normatividad (si existe un grupo problemático, ¿quién es el grupo normativo?)
- Roles activos/pasivos (agresores/víctimas, etc.)
- Legitimación de la no existencia de un problema/s (¿existe algo en el texto que se considere como un 'no problema' y si es así por qué no se considera problemático?)
- Espacios de diálogo para construir el problema (¿se alude a espacios, instancias y/o mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil para definir el problema?, ¿cuáles?, ¿quiénes participan?, ¿qué carácter tiene?)

Pronóstico

RESUMEN

- ¿Qué hacer? ¿Qué acciones son necesarias para la solución del problema y por qué?
- Jerarquía / prioridad en los objetivos (¿cuáles son los objetivos prioritarios?)
- ¿Cómo alcanzar los objetivos (estrategias, instrumentos, etc.)?
- Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, de identidad, comportamientos, normas, símbolos, instituciones son mencionadas como parte de la solución?, ¿son naturalizadas/os o cuestionadas/os? ¿reproducen relaciones de exclusión y/o pasividad?)
- Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, ubicación geográfica, etnia/raza, edad, orientación sexual, diversidad funcional?)
- Mecanismos (¿qué recursos/normas e interpretaciones/legitimación se plantean para resolver el problema?)
- Localización (¿dónde se localiza la solución? ¿organización del trabajo/ de la intimidad/o de la ciudadanía?)

Atribución de los roles en el pronóstico

RESUMEN

- Llamada a la acción y la inacción (¿quién debería (o no) hacer el qué?)
- ¿Quién puede sugerir líneas de acción posibles?
- ¿Sobre quién se actúa y quién actúa?
- Límites a la acción (¿qué podría dificultar la puesta en práctica de las medidas propuestas?)
- Legitimación de la (in)acción
- Espacios de diálogo para definición de soluciones (¿se alude a espacios, instancias y/o mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil para definir soluciones?, ¿cuáles?, ¿quiénes participan?, ¿qué carácter tiene?)

Normatividad

RESUMEN

- ¿Qué se observa como ideal/preferible (institución/situación/manera de actuar/personas)?
- ¿Qué se observa como malo/perjudicial (institución/situación/manera de actuar/personas)?

- Localización de las normas en el texto (diagnostico/pronóstico/en cualquier parte)

Equilibrio

RESUMEN

- Énfasis en las diferentes dimensiones/elementos (¿existe equilibrio y coherencia entre pronóstico y diagnóstico?)
- Fricción o contradicciones entre las dimensiones/elementos (¿se observan contradicciones argumentativas o fricciones entre actores?)
- Comentarios

Síntesis general del documento en base al Modelo Conceptual

RESUMEN

- Referente Normativo (¿a qué categoría del continuo tiende el argumento del documento? ¿particularista, universalista y/o pluriversalista? ¿por qué?)
- Visión de Sociedad (¿a qué categoría del continuo tiende el argumento del documento? ¿jerárquica o heterárquica? ¿por qué?)
- Concepción de Sujeto (¿a qué categoría del continuo tiende el argumento del documento? ¿estandarizada, múltiple y/o interseccional? ¿por qué?)

Anexo N°3: Cuadro Síntesis: Vinculación entre los tres elementos del modelo conceptual y la pauta de preguntas guía

Elementos	Conceptualización	Dimensiones	Preguntas asociadas
Referente normativo	Conjunto de creencias, principios y valores morales que definen el <i>deber ser</i> desde donde se determina en una política qué es un problema político y qué fines debe perseguir la acción pública.	Normatividad en la representación del problema	Diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué se representa como problema? ¿En qué medida el género y otros ejes de exclusión son parte de ello? ¿Por qué se ve como problema? Causa (¿cuál es la causa de qué?) Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, comportamientos, etc. son mencionadas como parte del problema?) Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, ubicación geográfica, etc.?) Mecanismos (¿qué recursos/normas e interpretaciones/legitimación contribuyen a perpetuar el problema?)
		Normatividad en la representación de las soluciones	Pronóstico <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué hacer? ¿Qué acciones son necesarias para la solución del problema y por qué? Jerarquía/prioridad de objetivos (¿cuáles son los objetivos prioritarios?) ¿Cómo alcanzar los objetivos? Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, de identidad, normas, etc. son mencionadas como parte de la solución?) Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, ubicación geográfica, etnia/raza, etc.?) Mecanismos (¿qué recursos/normas e interpretaciones/legitimación se plantean para resolver el problema?)
		Perspectivas y/o enfoques presentes en el texto	Voz/Quién habla en el texto <ul style="list-style-type: none"> Voz (voces) presentes en el texto (quiénes redactan el texto) Perspectiva desde la que hablan Referencias: palabras clave/conceptos (igualdad de género, inclusión social, interculturalidad, derechos, etc.) y de quién provienen Referencias: actores políticos (qué actores son aludidos) Referencias: documentos (qué documentos sin citados)

		Normatividad del texto	Normatividad <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué se observa como ideal/preferible? ¿Qué se observa como malo/perjudicial? Localización de las normas en el texto
Visión de Sociedad	<p>Representación de la sociedad asumida por la política pública y, desde ahí, cómo se piensa el cambio social.</p> <p>Específicamente, ésta alude a las dinámicas de interacción entre el Estado y los diversos actores de la sociedad civil planteadas por la política.</p>	Actores que han participado del proceso de la política	Voz/Quién habla en el texto <ul style="list-style-type: none"> Voz (voces) presentes en el texto (quiénes redactan el texto) Perspectiva desde la que hablan Referencias: palabras clave/ conceptos (igualdad de género, inclusión social, interculturalidad, derechos, etc.) y de quién provienen Referencias: actores políticos (qué actores son aludidos) Referencias: documentos (qué documentos sin citados)
		Actores relevantes en la representación del problema	Atribución de los roles en el diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Causa (¿quién o qué ha causado el problema?) Responsabilidad (¿quién es responsable del problema?) Quién/es tiene/n el problema (¿de quién parece ser el problema?) Normatividad (¿quién es el grupo normativo?) Roles activos/pasivos (agresores/víctimas, etc.) Legitimación de la no existencia de un problema/s (¿existe algo en el texto que se considere como un 'no problema'?) Espacios de diálogo para construir el problema (¿se alude a instancias y/o mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil para definir el problema?, ¿quiénes participan?, ¿qué carácter tiene?)
		Actores relevantes en la representación de las soluciones	Atribución de los roles en el pronóstico <ul style="list-style-type: none"> Llamada a la acción y la inacción (¿quién debería (o no) hacer el qué?) ¿Quién puede sugerir líneas de acción posibles? ¿Sobre quién se actúa? Límites a la acción (¿qué podría dificultar la puesta en práctica de las medidas propuestas?) Legitimación de la (in)acción Espacios de diálogo para definición de soluciones (¿se alude a instancias de interlocución entre Estado y sociedad civil para definir soluciones?, ¿quiénes participan?, ¿qué carácter tiene?)

Concepción de Sujeto	Representación de los sujetos a los cuales se dirige la política pública, en términos de interseccionalidad y agencia.	Concepción de sujeto en la representación del problema	<p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, comportamientos, etc. son mencionadas como parte del problema?) Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, etc.?) <p>Atribución de los roles en el diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Causa (¿quién o qué ha causado el problema?) Responsabilidad (¿quién es responsable del problema?) Quién/es tiene/n el problema (¿de quién parece ser el problema?) Normatividad (¿quién es el grupo normativo?) Roles activos/pasivos (agresores/víctimas, etc.) Legitimación de la no existencia de un problema/s (¿existe algo en el texto que se considere como un 'no problema'?) Espacios de diálogo para construir el problema (¿se alude a mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil?, ¿quiénes participan?)
		Concepción de sujeto en la representación de las soluciones	<p>Pronóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Dimensiones y categorías de exclusión (¿qué categorías sociales, normas, etc. son mencionadas como parte del problema?, ¿son naturalizadas/os o cuestionadas/os? ¿reproducen relaciones de exclusión y/o pasividad?) Interseccionalidad (¿se considera la imbricación entre género, clase social, etnia/raza, edad, etc.?) <p>Atribución de los roles en el pronóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamada a la acción y la inacción (¿Quién debería (o no) hacer el qué?) ¿Quién puede sugerir líneas de acción posibles? ¿Sobre quién se actúa y quién actúa? Límites a la acción (¿qué podría dificultar la puesta en práctica de las medidas propuestas?) Legitimación de la (in)acción. Espacios de diálogo para definición de soluciones (¿se alude a mecanismos de interlocución entre Estado y sociedad civil para definir soluciones?, ¿quiénes participan?, ¿qué carácter tiene?)

Anexo N°4: Selección de documentos analizados

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
N°	Tipo	Fecha	Título	Procedencia	Agentes
1	Proyecto de Ley	2000/ 2008	“Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” Versión actualizada. (Boletín N° 5933-11) (pp.1-17).	Sociedad Civil: Organizaciones sociales, académicas y ONGs. Estado: Poder Legislativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de la Sociedad Civil (feministas, de mujeres y del ámbito de la salud y los derechos humanos) con apoyo de Parlamentarias/os. • Organizaciones: Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos y otras organizaciones sociales (Centro de Desarrollo de Estudios de la Mujer – CEDEM, La Morada, MEMCH, entre otras), ONGs (APROFA) y organismos académicos (FLACSO, ICMER, Universidad de Santiago). • Parlamentarios/as: Enrique Accorsi Opazo (PPD), Juan Lobos Krause (UDI), Adriana Muñoz D’Albora (PPD), Osvaldo Palma Flores (RN), Alberto Robles Pantoja (PRSD), Fulvio Rossi Ciocca (PS), María Antonieta Saa (PPD), Gabriel Silber Romo (DC).

2. EDUCACIÓN SEXUAL					
N°	Tipo	Fecha	Título	Procedencia	Agentes
1	Guía/ Programa Nacional	1999	“Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Texto Guía para la autogestión” (pp. 5-40) ⁵⁴⁹ .	Gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle	• Equipo Programa de la Mujer. Ministerio de Educación (MINEDUC).
2	Política Pública	Dic. 2001	“Política de Educación en la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (4° edición) (pp. 7-35).	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar	• Ministerio de Educación (MINEDUC).
3	Artículo de Opinión	Agosto 2002	Corriente de Opinión: “Bases para una Política de Educación Sexual” (pp.1-7)	Sociedad Civil: ONG sector conservador.	• Fundación Chile Unido
4	Manual	Marzo 2004	“Hacia una sexualidad Responsable: Implementando modelo de gestión local” (pp. 5-21).	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar	• Ministerio de Educación (MINEDUC) • Ministerio de Salud (MINSAL) • Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) • Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) • Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA).
5	Plan Nacional	2005	“Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” (pp. 1-20)	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar	• Ministerio de Educación (MINEDUC).
6	Conferencia	12 de agosto 2010	“Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción”. Seminario Políticas	Sociedad Civil: Iglesia Católica	• Conferencia de Monseñor Fernando Chomali, Obispo Auxiliar de Santiago. • Conferencia Episcopal. • Consejo Episcopal de Latinoamérica (CELAM).

⁵⁴⁹ Este documento se elige, a pesar de no haber sido redactado en el periodo estudiado (2000-2015), dado que las Jornadas de Capacitación en Afectividad y Sexualidad (JOCAS) tuvieron vigencia entre los años 1996 y 2001.

			de salud reproductiva y de educación sexual. Derechos y deberes de los padres de familia (pp.1-5)		
7	Manual	2009/2010	“Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas” Segunda Edición. (pp. 5- 41).	Sociedad Civil: Organización social por la diversidad sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH). • Con apoyo de: la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo; la Fundación Triángulo Extremadura; la Internacional de la Educación; el Colegio de Profesores de Chile; y la Facultad de Educación, Universidad Diego Portales
8	Ley	Enero 2010	“Ley N°20.418: Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” (pp. 1-3).	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud (MINSAL) • Subsecretaría de Salud Pública.
9	Programas	2011-2012	<p>1. “Adolescencia: tiempo de decisiones” del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (pp. 1-12).</p> <p>2. “TeenStar” de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile (pp.1-11.).</p>	<p>Gobierno de Sebastián Piñera Echeñique</p> <p>Sociedad Civil: Organismos Académicos y ONGs (salud y educación).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Educación (MINEDUC). • Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). • Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. • Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA). • Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile. • Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) • Facultad de Psicología de la Universidad de Chile. • Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián.

			<p>3. “Sexualidad, Autoestima y Prevención del Embarazo en la Adolescencia” de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) (pp.1-9).</p> <p>4. “Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile (pp. 1-6)</p> <p>5. “Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad” (PAS) del Centro de Estudios de la Familia de la Universidad San Sebastián (pp.1-9).</p> <p>6. “Aprendiendo a querer” de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Monseñor Ricardo Ezzati (pp.1-6).</p> <p>7. “Curso de Educación Sexual Integral” Dr. Ricardo Capponi (CESI) (pp.1-10).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Universidad Católica de la Santísima Concepción, Monseñor Ricardo Ezzati. • Dr. Ricardo Capponi.
--	--	--	---	---

3. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD					
Nº	Tipo	Fecha-Año	Título	Procedencia	Agentes
1	Programa Nacional	1997	“Programa de Salud de la Mujer” ⁵⁵⁰ (pp. 5-26).	Gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MINSAL) Servicios Nacional de la Mujer (SERNAM)
2	Artículo de Opinión	15 de sept. 2006	“Píldora del Día Después y Embarazo Adolescente” (pp. 1-4)	Sociedad Civil: Organismo académico sector conservador.	<ul style="list-style-type: none"> Centro de Estudios e Investigación: Libertad y Desarrollo.
3	Intervención en el Parlamento	07 de julio 2009	“La educación humanizadora para el día antes no la suple una ‘píldora’ el día después Intervención ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados” (pp.1-4).	Sociedad Civil: Iglesia Católica	<ul style="list-style-type: none"> Conferencia Episcopal Monseñor Alejandro Goic Karmelic.
4	Ley ⁵⁵¹	Enero 2010	“Ley N° 20.418: Normas sobre Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad” (pp.1-3).	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MINSAL). Subsecretaría de Salud Pública.
5	Documento de Trabajo	Sept. 2010	“Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva” (pp. 1-9).	Sociedad Civil: Organismo académico del ámbito de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)
6	Carta Oficial	03 oct. 2011	“Carta acerca de los Valores Fundamentales sobre la Vida, el Matrimonio y la Familia” (pp.1-2).	Sociedad Civil: Iglesias Cristianas.	<ul style="list-style-type: none"> Conferencia Episcopal – Chile. Mesa Ampliada de Organizaciones Evangélicas. Iglesia Anglicana – Chile. Iglesia Metodista Pentecostal – Chile. Iglesia Pentecostal

⁵⁵⁰ Este documento se elige, a pesar de no haber sido redactado en el periodo estudiado (2000-2015), dado que el Programa de Salud de la Mujer continúa vigente y es un referente sobre iniciativas estatales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Chile.

⁵⁵¹ Cabe destacar que este documento será analizado en el marco de la política de la regulación de la fertilidad como en la política de educación sexual, ya que para ambos casos es relevante.

					Apostólica – Chile.
7	Debate parlamentario	3 de abril 2012	“Legislatura 360ª Sesión Ordinaria 6ª” (pp.17-128)	Estado: Poder Legislativo	<ul style="list-style-type: none"> Senado de la República de Chile.
8	Debate parlamentario	4 de abril 2012	“Legislatura 360ª Sesión Ordinaria 7ª” (pp.15-172)	Estado: Poder Legislativo	<ul style="list-style-type: none"> Senado de la República de Chile.
9	Programa Nacional	2012/2013	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Segunda Edición. (pp. 7-94)	Gobierno de Sebastián Piñera Echeñique	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud (MINSAL).
10	Proyecto de Ley	7 de mayo 2013	“Sobre interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas” (Boletín 8.925-11) (pp.1-21).	<p>Sociedad Civil: ONG pro derechos de las mujeres.</p> <p>Estado: Poder Legislativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fundación Miles-Chile. Moción presentada por los Diputadas/os: Gabriel Ascencio (DC), Juan Luis Castro (PS), Aldo Cornejo González (DC), Hugo Gutiérrez Gálvez (PC), Adriana Muñoz D'Albora (PPD), Marco Antonio Núñez (PPD), Clemira Pacheco Rivas (PS), Alberto Robles Pantoja (PRSD), María Antonieta Saa Díaz (PPD) y Gabriel Silber Romo.
11	Declaración Pública	28 de mayo 2013	“Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres” (p. 1).	Sociedad Civil: Organización social feminista.	<ul style="list-style-type: none"> Línea Aborto Libre.
12	Declaración Pública	18 de julio 2013	“Declaración Abortista Marcha Aborto Libre 25 de Julio” (pp. 1-2).	Sociedad Civil: Movimiento feminista y de mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> Asamblea Mujeres Revolucionarias; La Alzada (Acción feminista Libertaria); Colectivo Tijeras; CUDS; Pan y Rosas; A quemar el closet; Punta de la Lengua – Multiversos; Marcha Mundial de Mujeres; Observatorio de Género y Equidad; Red contra la violencia hacia la mujer; Articulación Feminista por la Libertad de Decidir; Frente de Género de Revolución Democrática; SESEGEN, Colectivo

					Jóvenes por la Igualdad de Género; Línea Aborto Chile; entre otras organizaciones agrupadas en el Movimiento por el Aborto Legal.
13	Norma Nacional	2007/ 2014	“Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad” Actualización 2014 a consultar con la sociedad civil (pp. 9-38).	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) • Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) • Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA).
14	Declaración Pública	11 de nov. 2014	“Declaración Pública de Coordinadora Feminista en Lucha” (pp. 1-2).	Sociedad Civil: Movimiento feminista y de mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora Feminista en Lucha.
15	Proyecto de Ley	31 de enero 2015	Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Boletín N°9895-11) (pp. 1-32).	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

4. IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN					
N°	Tipo	Fecha	Título	Procedencia	Agentes
1	Plan de Igualdad de Oportunidades	Enero 2000	“Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2001-2010” (pp. 3-59).	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar	• Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).
2	Política Pública	Enero 2005/2006	“Política de salud y pueblos indígenas” Segunda Edición. (pp. 9-53).	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar	• Ministerio de Salud (MINSAL) • Documento revisado por representantes de pueblos originarios: Beatriz Painiqueo (zona centro), Alfonso Reiman (zona sur), Daniel Maribur (zona sur) y Ángel Bolaños (zona norte).
3	Proyecto de Ley	Dic. 2008	“Reforma Constitucional que Crea la Defensoría de las Personas” (Boletín N°6232-07) (pp. 1-18).	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	• Secretaría General de la Presidencia.
4	Plan de Igualdad de Oportunidades	2010 ⁵⁵²	“Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020” (pp. 5-32; 52-56)	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	• Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).
5	Ley	Febrero 2010	“Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad” (pp. 1-5; 8-22)	Gobierno de Ricardo Lagos ⁵⁵³	• Ministerio de Planificación (MIDEPLAN).
6	Plan de Igualdad de Oportunidades	2011	“Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020” (pp. 4-60)	Gobierno: Sebastián Piñera Echeñique	• Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

⁵⁵² Este Plan de Igualdad no estuvo vigente, al menos durante el mandato presidencial siguiente (2010-2014), pues fue elaborado el último año del primer gobierno de Michelle Bachelet. Este PIO fue sustituido por otro (PIO 2011-2020) al asumir la Presidencia Sebastián Piñera.

⁵⁵³ Proyecto de Ley impulsado por el Gobierno de Ricardo Lagos (2005) y promulgado durante el gobierno de Michelle Bachelet.

7	Declaración Pública	8 de marzo 2012	“Declaración 8 de marzo 2012. Día Internacional de la Mujer. Mujeres organizadas: ¡Poder, derechos y Libertades ahora!” (pp.1-5)	Sociedad Civil: Movimiento feminista y de mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora 8 de Marzo (Articulación de diversas organizaciones feministas a nivel nacional).
8	Ley	Julio 2012	“Ley 20.609: Establece medidas contra la discriminación” (pp.1-4)	Gobierno de Ricardo Lagos Escobar ⁵⁵⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio Secretaría General de Gobierno.
9	Declaración Pública	21 de marzo 2013	“Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígena” (p. 1)	Sociedad Civil: Organización social de mujeres indígena.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres indígenas de los pueblos Collas, Aymara Diaguita y Mapuche de la Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas (ANAMURI).
10	Proyecto de Ley	27 de marzo 2014	“Proyecto de Ley: Crea Ministerio de la Mujer y la Equidad y modifica normas legales que indica”. (Boletín N°9287-06 ⁵⁵⁵) (pp.1-21)	Gobierno de Michelle Bachelet Jeria	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

⁵⁵⁴ Proyecto de Ley impulsado por el Gobierno de Ricardo Lagos y promulgado en el Gobierno de Sebastián Piñera.

⁵⁵⁵ Proyecto de Ley aprobado por el Senado de la República de Chile durante el mes de marzo del 2015.

Anexo N°5: Guión de Entrevista⁵⁵⁶

DATOS DEL/LA ENTREVISTADO/A

Nombre de la institución u organización: _____
Nombre del o la entrevistada: _____
Cargo o rol al interior de la organización: _____
Fecha: _____ **Hora:** _____ **Duración:** _____
Lugar: _____

CONTEXTUALIZACIÓN

¡Buenos Días (Buenas Tardes)!

Mi nombre es Javiera Cubillos, estudiante de Doctorado en Ciencias Políticas de la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente me encuentro desarrollando una investigación relacionada a la política de salud sexual y reproductiva en Chile, específicamente a los ámbitos de la regulación de la fertilidad y la educación sexual, desde el año 2000 en adelante. El propósito es conocer la política más a fondo (cómo funciona, sus principales planteamientos, principales logros, etc.). Usted ha sido elegida/o, como miembro de una de las organizaciones que ha trabajado el tema en los últimos años. La intención es conocer su percepción sobre la política, tanto como integrante de la organización como en función de su experiencia personal.

Como ya se le ha comentado, esta entrevista será registrada sólo bajo su consentimiento, por lo que la información que proporcione puede ser confidencial, si es que así lo desee, sin necesidad de dar a conocer su identidad (sólo hacer referencias generales a la institución en la que trabaja/participa y su experiencia en la temática estudiada).

La entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos. Desde ya muchas gracias por su tiempo y disposición.

DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN

- 1) Para comenzar, por favor, dígame su nombre, a qué institución pertenece (y/o ha pertenecido) y qué rol cumple al interior de ésta.
- 2) ¿Por qué le interesa a la organización trabajar temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, específicamente la educación sexual y la regulación de la fertilidad?
- 3) ¿Cuáles son las principales iniciativas y/o actividades que la organización ha emprendido en los últimos años en torno a estas dos temáticas?
- 4) ¿Cuál es tu opinión respecto de la actual política de educación sexual y de regulación de la fertilidad en Chile?, ¿qué ha salido bien?, ¿qué está fallando?
- 5) En términos generales, ¿cuáles cree usted son los principales obstáculos y facilitadores para el cumplimiento de los objetivos planteados en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional?

⁵⁵⁶ Esta pauta de entrevista fue definida en términos generales y adaptada de acuerdo a la/s persona/s entrevistada/s y la organización a la que pertenecía/n (organismo gubernamental, organismo académico y organización social u ONG).

EJE VISIÓN DE SOCIEDAD

- 1) En relación a las iniciativas que emprende la organización en materias de educación sexual y/o regulación de la fertilidad, ¿existe articulación (comunicación, trabajo conjunto, actividades puntuales, coordinación periódica) con otras organizaciones (estatales o de la sociedad civil)?, ¿cuáles?
- 2) En su opinión, ¿qué importancia tiene para la política pública la intersectorialidad (coordinación entre diversas instituciones del Estado)?
- 3) ¿De qué tipo es esta coordinación (permanente, intermitente o puntual; vinculante o consultiva)?
- 4) ¿A través de qué mecanismos y/o instancias se da la articulación intersectorial?, ¿son estables?, ¿vinculantes y/o consultivos?
- 5) En su opinión, ¿qué importancia tiene para la política la relación (comunicación, trabajo conjunto, actividades puntuales, coordinación periódica) entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil?, ¿con qué organizaciones le interesa al Estado trabajar/dialogar (ONGs, Organismos Académicos, Organizaciones sociales)?
- 6) ¿De qué tipo es esta coordinación Estado–sociedad civil (permanente, intermitente o puntual)?
- 7) ¿A través de qué mecanismos y/o instancias se da la coordinación con organizaciones de la sociedad civil? ¿son estables? ¿vinculantes o consultivos?
- 8) ¿Estos mecanismos de diálogo y/o coordinación están institucionalizados?, ¿de qué manera?, ¿por qué?
- 9) ¿De quién/es depende la institucionalización de estas coordinaciones o espacios de intercambio con la sociedad civil?, ¿qué actores claves han promovido estas instancias?
- 10) ¿Cree que las iniciativas de coordinación o diálogo tienen impactos en la gestión de las políticas públicas?, ¿de qué tipo?, ¿por qué?
- 11) ¿Cómo percibe la organización estas articulaciones (positiva, negativas, etc.)?
- 12) Podría hablarme sobre los Consejos Consultivos en Salud (de género, jóvenes) ¿qué periodicidad tienen?, ¿quiénes participan?, ¿qué características tienen?
- 13) Desde esta organización ¿interesa establecer diálogo y/o iniciativas de trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil (ONGs, Organismos Académicos, Organizaciones Sociales de base comunitaria, otros)?, ¿por qué?, ¿con qué organizaciones (ámbito, nivel, ubicación, etc.)? ¿qué iniciativas se han emprendido respecto de la educación sexual y la regulación de la fertilidad?
- 14) En su opinión, a la administración del Estado ¿le interesa contar con la participación de la sociedad civil (ONGs, organizaciones académicas, organizaciones comunitarias o grupos específicos de interés) en los ámbitos de la educación sexual y la regulación de la fertilidad?, ¿por qué?
- 15) ¿Cuáles considera son los principales actores políticos que deberían ser parte del debate en torno a la educación sexual y la regulación de la fertilidad?, ¿cuáles de ellos efectivamente son parte y cuáles estarían ausentes?

EJE CONCEPCIÓN DE SUJETO

- 1) ¿Cuál es el sujeto/usuario de las políticas de educación sexual y de regulación de la fertilidad?, ¿a quién/es van dirigidas estas políticas?
- 2) En su opinión, ¿la definición del usuario de estas políticas es inclusivo?, ¿por qué?
- 3) ¿Estas políticas están pensadas para personas en “desventaja social” (personas de escasos recursos, adultos mayores, con bajo nivel educativo, etc.)?, ¿por qué?, ¿qué tipo de “desventajas sociales” son consideradas?
- 4) ¿Existen grupos/colectivos en los cuales estas políticas estén focalizadas?, ¿cuáles?, ¿por qué?
- 5) ¿Qué dimensiones son importantes para definir grupos prioritarios en el marco de la educación sexual y la regulación de la fertilidad?, ¿por qué?
- 6) ¿Cómo integra (o representa) la política a:
 - _____ Mujeres
 - _____ Hombres
 - _____ Niños y niñas
 - _____ Jóvenes
 - _____ Adultos y adultas mayores
 - _____ Personas de escasos recursos y/o bajo nivel educativo
 - _____ Población indígena
 - _____ Personas con discapacidad
 - _____ Población no-heterosexual
 - _____ Población inmigrante?
- 7) En su opinión, ¿estos ámbitos de la política incluyen a estos sujetos? ¿la política integra sus necesidades y sus demandas?, ¿de qué manera?, ¿a través de qué mecanismos?
- 8) ¿Considera que la política contribuye a superar las desigualdades sociales dadas por:
 - _____ la edad
 - _____ la procedencia étnica (población indígena e inmigrantes)
 - _____ el sexo o el género
 - _____ la discapacidad o diversidad funcional
 - _____ el nivel socioeconómico o nivel educativo
 - _____ la orientación sexual
 - _____ la ubicación geográfica (espacio rural o regiones, por ejemplo).
- 9) La política de salud sexual y reproductiva ¿está pensada para que las personas, independiente de su condición social, puedan disfrutar de sus beneficios y de la garantía de sus derechos (acceso a bienes y servicios)?, ¿de qué manera lo hace?
- 10) ¿Cómo se trabajan estas políticas a nivel regional?, ¿qué pasa en zonas aisladas (extremas, rurales, en regiones con menos recursos, etc.)?
- 11) ¿La política integra a las diversidades sexuales (orientaciones sexuales distintas a la heterosexual) como una opción válida?, ¿por qué?, ¿se trabaja con organizaciones civiles que tengan como foco este colectivo?, ¿por qué?, ¿cuáles?
- 12) ¿La política piensa que en determinados sujetos o grupos sociales pueden converger diversas desigualdades?, ¿por qué?, ¿cómo integra este elemento?

EJE REFERENTE NORMATIVO

- 1) En su opinión, ¿qué orientación “político-ideológica” sigue la política de salud sexual y reproductiva?, ¿en qué fundamentos (valores o principios) se basa?
- 2) En su opinión, ¿estas orientaciones responden a las demandas que impone una sociedad desigual (o que aspira a la equidad)?
- 3) ¿Qué es fomentado en el marco de la política de salud sexual y reproductiva (conductas, por ejemplo)?, ¿por qué?
- 4) Por el contrario, ¿qué es considerado como perjudicial en este marco de la política?, ¿por qué?
- 5) ¿Considera que el enfoque de derechos humanos está presente y guía la política?, ¿por qué?, ¿qué ha fallado?, ¿qué ha funcionado?, ¿qué es mejorable?, ¿por qué?
- 6) ¿Considera que la perspectiva de género está presente y guía esta política?, ¿por qué?, ¿qué ha fallado?, ¿qué ha funcionado?, ¿qué es mejorable?, ¿por qué?
- 7) ¿Cuáles considera son los derechos que bajo ningún punto de vista esta política debe transgredir?, ¿por qué?

CIERRE

Para finalizar, sólo dos preguntas más:

- 1) En su opinión ¿qué características o elementos debiese contemplar una política de salud sexual y reproductiva que aspire a ser inclusiva?
- 2) Considerando que el foco de esta investigación es el ámbito de la educación sexual y la regulación de la fertilidad, desde el año 2000 en adelante, ¿qué documento de interés, hitos y/u organizaciones (estatal o de la sociedad civil) considera que es interesante revisar o acudir?

¡Muchas gracias!

OBSERVACIONES

Anexo N°6: Caracterización de las personas entrevistadas

Tipo de Organización	Experiencia	Ámbito de experiencia	Fecha de entrevista	Lugar
Organización Gubernamental	Encargada del Departamento de Coordinación Programática del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Profesional INJUV desde 2001. Representante de INJUV en la Mesa de Género del Ministerio de Salud (2014) y ha participado en programas y estrategias de prevención del embarazo adolescente. Además, cuenta con formación en estudios de género.	Juventud (Edad); Género; Regulación de la Fertilidad.	26 de junio 2014	Dependencias del INJUV (Santiago, Chile).
	Profesional de la Ciencia Política. Encargada de Relaciones Internacionales del Departamento de Coordinación Programática en el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Entre los años 2011 y 2013 fue Profesional del Departamento de Coordinación Intersectorial de INJUV. Ha trabajado vinculada a los Consejos Consultivos de Salud de Adolescente y Jóvenes, a los COREJUV ⁵⁵⁷ y a otros fondos concursables del INJUV, relacionados con la prevención del embarazo adolescente y del consumo de alcohol y drogas.	Juventud (Edad); Regulación de la Fertilidad.	26 de junio 2014	Dependencias del INJUV (Santiago, Chile).
	Profesional de las Ciencias Políticas. Profesional del Departamento de Coordinación Programática del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), desde el año 2013.	Juventud (Edad).	26 de junio 2014	Dependencias del INJUV (Santiago, Chile).
	Orientadora Educativa. Profesional del Ministerio de Educación (MINEDUC), Unidad de Transversalidad Educativa. División de Educación General. Entre el 2007 y el 2010 fue profesional del Área de Convivencia Escolar, y el 2010 fue profesional del Área de Sexualidad, Afectividad y Género de MINEDUC.	Educación; Educación Sexual; Género.	27 de junio 2014	Dependencias del MINEDUC (Santiago, Chile).
	Profesora de Filosofía. Profesional del Ministerio de Educación (MINEDUC), Unidad de Transversalidad Educativa. División de Educación General. Entre el 2006 y el 2010 fue profesional del Departamento de Sexualidad, Afectividad y Género. Actualmente trabaja temas de sexualidad, afectividad y género desde la Unidad de Transversalidad.	Educación; Educación Sexual; Género.	27 de junio 2014	Dependencias del MINEDUC (Santiago, Chile).

⁵⁵⁷ COREJUV es una instancia de carácter consultivo que busca fomentar la participación juvenil y fortalecer la relación de los jóvenes con las políticas públicas orientadas a su sector.

	<p>Terapeuta Ocupacional. Entre 2010 y 2014 fue Jefe del Departamento de Salud a nivel nacional del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). Encargado del Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (2004) y Coordinador del Primer Plan Nacional de Integración Social (2005). Desde el 2015 es Jefe del Departamento de Política y Coordinación Intersectorial de SENADIS.</p>	Diversidad Funcional/Discapacidad; Salud.	1 de julio 2014	Dependencias SENADIS (Santiago, Chile)
	<p>Educadora de Párvulo. Magíster en Ciencias Sociales. Master en Políticas Sociales. Profesional del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) desde 1991. Entre 1999 y 2006 fue Encargada del Programa Embarazo Adolescente, y entre 2009 y 2010 fue Subdirectora de SERNAM. Desde el 2006, es Jefa de Departamento de Desarrollo Regional y Coordinación Intersectorial de SERNAM.</p>	Género; Salud; Salud Sexual y Reproductiva; Regulación de la Fertilidad.	2 de julio 2014	Dependencias SERNAM (Santiago, Chile)
	<p>Encargada de transversalizar la perspectiva de género en el sector Educación (Sectorialista de Educación) del Departamento de Desarrollo Regional y Coordinación intersectorial, del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Además, ha participado de mesas intersectoriales sobre prevención del embarazo adolescente.</p>	Género; Educación; Educación Sexual; Regulación de la Fertilidad.	9 de julio 2014	Dependencias SERNAM (Santiago, Chile)
	<p>Matrona. Profesional del Departamento de Ciclo Vital, de la División de Prevención de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud (MINSAL). Se ha formado en Salud Pública y en Estudios de Género, ha participado del movimiento feminista en Chile y ha trabajado en APROFA, organización no gubernamental vinculada a temas de educación sexual y derechos sexuales y reproductivos.</p>	Salud, Salud Sexual y Reproductiva; Género; Feminismo.	9 de julio 2014	Dependencias MINSAL (Santiago, Chile).
	<p>Médica-Pediatra. Profesional del Ministerio de Salud (MINSAL) Jefa Departamento de Ciclo Vital. DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública. Presidenta del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. Diplomada en Salud Integral del Adolescente. Magíster en Psicología del Adolescente. Diplomada en Gerencia Social y Políticas Públicas FLACSO. Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Santiago de Chile. Fue Encargada Nacional del Programa Adolescencia y Jóvenes del MINSAL.</p>	Salud; Juventud (Edad); Salud Sexual y Reproductiva; Regulación de la Fertilidad.	14 de julio 2014	Dependencias MINSAL (Santiago, Chile).

	Encargada Nacional del Programa de Participación y Formación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Entre los años 1996 y 2004, trabajó en el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), en el Programa Mujeres Jefas de Hogar y en el Departamento de Relaciones Internacionales.	Adultos Mayores (Edad); Género.	17 de julio 2014	Dependencias SENAMA (Santiago, Chile)
	Trabajadora Social. Magíster en Género y Cultura. Encargada de Género y Planificación en la Corporación de Desarrollo Indígena (CONADI). Miembro del Colectivo Casa de la Mujer de Temuco y de la Comunidad de Historia Mapuche.	Etnicidad (población indígena); Género; Feminismo.	13 de agosto 2014	Dependencias CONADI (Temuco, Chile)
	Jefa Área Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción en el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Socióloga, Magíster en Género. Candidata a doctora en Estudios Latinoamericanos. Ex integrante del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Investigadora en temas de salud sexual, reproductiva y servicios.	Salud; Salud Sexual y Reproductiva; Género; Regulación de la Fertilidad.	22 de septiembre 2014	Dependencias del SERNAM (Santiago, Chile)
	Antropóloga. Jefa de la Oficina de Salud y Pueblos Indígenas DIPOL/Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Fue Directora del Programa Salud y Pueblos indígenas y Presidenta de la Comisión que elaboró la Política de Salud y Pueblos Indígenas.	Salud; Etnicidad (población indígena).	1 de septiembre 2014	Dependencias MINSAL (Santiago, Chile)
Organismos Académicos	Enfermera Matrona. Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Profesional del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA). Colaboradora en la Fundación Iguales, PADIS Pastoral de la Diversidad Sexual CVX, “Entre pares” y del Sitio Web Joven Confundido. Fue Asesora Técnica en Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud y co-fundadora de SERJOVEN (Centro de Salud del Adolescente).	Salud; Salud Sexual y Reproductiva; Educación Sexual; Diversidad Sexual.	30 de junio 2014	Lugar público (Santiago, Chile)
	Profesora de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile. Ex integrante de Instituto de Medicina Reproductiva (ICMER) y Ex Directora de la Fundación PROSALUD.	Salud; Salud Sexual y Reproductiva; Regulación de la Fertilidad; Género.	1 de julio 2014	Facultad de Medicina U. de Chile (Santiago, Chile)

	Asistente Social. Master in Population Research en la Universidad de Exeter. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, de Pregrado (Enfermería y Obstetricia) y Postgrado (Medicina). Es integrante del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) desde 1981 y Subdirectora desde 2007.	Salud; Educación Sexual; Regulación de la Fertilidad.	4 de julio 2014	Oficina de CEMERA (Santiago, Chile)
	Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Ha organizado y ha sido relatora en Seminarios sobre Discapacidad y Sexualidad.	Diversidad Funcional; Salud.	28 de julio 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Coordinadora del Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche. Presidenta de la Corporación de Mujeres Mapuche <i>Aukiñko Zomo</i> .	Etnicidad (población indígena); Género; Mujeres; Salud; ubicación geográfica (IX Región de La Araucanía).	13 de agosto 2014	Universidad de la Frontera (Temuco, Chile)
	Matrona. Académica del Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera (Temuco). Profesional del Observatorio de Equidad según Género y Pueblo Mapuche. Vicepresidenta del Consejo Regional Temuco de Matronas y Matrones de Chile. Presidenta de la Sociedad Científica Chilena de Matronas.	Salud; Etnicidad (población indígena); Género; ubicación geográfica (IX Región de La Araucanía).	20 de agosto 2014	Universidad de la Frontera (Temuco, Chile)
	Psicóloga. Profesional del Programa de Aprendizaje en Afectividad y Sexualidad (PASA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile. Candidata a Doctora en Ciencias Sociales. Ha realizado cursos de especialización en la Universidad de Barcelona sobre teoría y metodologías de la investigación feministas, y se ha dedicado a la investigación social en temas de género y sexualidad.	Educación; Educación Sexual; Género.	17 de octubre 2014	Facultad de Ciencias Sociales U. de Chile (Santiago, Chile)

	<p>Psicólogo. Coordinador del Programa de Aprendizaje en Afectividad y Sexualidad (PASA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chile. Candidato a Doctor en Psicología de la Universidad de Chile, con una tesis sobre la política de educación sexual en Chile. Diplomado en Sexualidad Humana. Sus áreas de especialización son educación sexual, aprendizaje por competencias y capacitación <i>e-learning</i>.</p>	Educación; Educación Sexual.	21 de octubre 2014	Facultad de Ciencias Sociales U. de Chile (Santiago, Chile)
Organización Social u Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)	<p>Vocera del Consejo Autonómico Aymara. Coordinadora Regional de la XV Región de Arica y Parinacota de la Red Chilena contra la violencia doméstica y sexual. Ex Presidenta de la Coordinadora de la Mujer Indígena y Rural y Urbana de la XV Región. Punto focal en Chile de la Red de Mujeres Indígena sobre Biodiversidad de América Latina y el Caribe (RMIB-LAC). En los espacios de la ONU y la OEA participa en la defensa y la promoción de los derechos de los pueblos indígenas</p>	Etnicidad (población indígena); Feminismo; Género; ubicación geográfica (XV Región de Arica y Parinacota).	19 de junio 2014	Lugar Público (Getafe, España)
	<p>Trabajadora Social. Encargada de Oficina de Asuntos Indígenas en Santiago Joven. Municipalidad de Santiago. Mujer Mapuche Feminista, Coordinadora de la Red de Mujeres Mapuche, Santiago.</p>	Etnicidad (población indígena); Feminismo; Mujeres.	3 de julio 2014	Lugar Público (Santiago, Chile)
	<p>Miembro del Colectivo Palos de Ciego y del Movimiento Emancipador de personas en situación de Discapacidad.</p>	Diversidad Funcional/ Discapacidad; ubicación geográfica (V Región de Valparaíso).	4 de julio 2014	Universidad ARCIS (Santiago, Chile)
	<p>Secretario General del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH). Magister en Educación. Encargado de la elaboración de los Informes Anuales de Derechos Humanos del MOVILH.</p>	Diversidad Sexual; Educación; Educación sexual.	4 de julio 2014	Oficinas del MOVILH (Santiago, Chile)
	<p>Médico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro de la Comisión de Ciencia de Fundación Iguales.</p>	Diversidad Sexual; Salud.	7 de julio 2014	Oficina Fundación Iguales (Santiago, Chile)

	Abogada Corporación Humana. Encargada del Programa de Seguimiento Legislativo de Corporación Humanas y coordinadora del Observatorio Parlamentario.	Feminismo; Género; Legislación y políticas públicas.	15 de julio 2014	Oficina Corporación Humana (Santiago, Chile)
	Trabajadora Social. Magister en Estudios de Género y Activista Feminista. Integrante de la Agrupación <i>Warmipura</i> (Agrupación de mujeres inmigrantes).	Feminismo; Género; Etnicidad (población inmigrante).	19 de julio 2014.	Lugar Público (Santiago, Chile)
	Presidenta de la Agrupación de Mujeres de Afrodescendientes LUANDA (Arica, XV Región) y Enlace de Chile para la Red de mujeres afrolatinoamericanas, afrocaribeñas y de la Diáspora (RMAA).	Etnicidad (población afrodescendiente); Feminismo; Género; ubicación geográfica (XV Región de Arica y Parinacota).	21 de julio 2014	Vía <i>Skype</i>
	Médica. Magister © en Salud Pública- Lesbiana Feminista y Activista pro aborto de Línea Aborto Libre.	Feminismo; Diversidad Sexual.	22 de julio 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Periodista, integrante de la Coordinadora Universitaria por la Diversidad Sexual (CUDS).	Feminismo; Diversidad Sexual.	22 de julio 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Historiadora. Magister en Género. Lesbofeminista y Activista de Línea Aborto Libre.	Feminismo; Género; Diversidad Sexual.	22 de julio 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Diseñadora. Integrante de la Coordinadora Universitaria por la Diversidad Sexual (CUDS). Feminista, Abortista y Autónoma.	Feminismo; Diversidad Sexual.	22 de julio 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)

	Psicóloga Clínica. Académica de la Universidad de Valparaíso. Activista Feminista y miembro de la Colectiva La Huacha Feminista. Miembro de la Red Chilena contra la Violencia contra las Mujeres (Valparaíso) y de la Red Interdisciplinaria de Estudios Feminista y de Género de la Universidad de Valparaíso.	Feminismo; Género; ubicación geográfica (V Región de Valparaíso).	29 de julio 2014	Domicilio Particular (Valparaíso, Chile)
	Directora del Colectivo Católicas por el Derecho a Decidir (Valparaíso, Chile). Miembro de la Coordinadora por la Interrupción Segura y Voluntaria del Embarazo (CIGVE).	Feminismo; Mujeres; Religión; ubicación geográfica (V Región de Valparaíso).	10 de septiembre 2014	Lugar Público (Santiago, Chile)
	Médica Cirujana, Feminista de la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD). Fundadora del Foro Abierto por los Derechos Sexuales y Reproductivos. Participó de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Fundadora del Observatorio de Equidad de Género en Salud. Profesional del Ministerio de Salud durante el Primer Periodo Presidencial de Michelle Bachelet (2006-2010).	Feminismo; Género; Salud; Salud Sexual y Reproductiva; Regulación de la Fertilidad.	6 de octubre 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Presidenta del Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile (CIMUNIDIS). Coordinadora Nacional del Movimiento D y Directora de la Corporación Anussam.	Diversidad Funcional/Discapacidad; Feminismo; Género.	14 de octubre 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)
	Directora ISFEM, Organización no gubernamental de Investigación, Formación y Estudio de la Mujer.	Mujeres; Religión.	17 de octubre 2014	Domicilio Particular (Santiago, Chile)